

Année 1906

THÈSE

N°

119

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Janvier 1906, à 1 heure.

Par M. ANDRÉ BRUEL

Né à Moulins (Allier), le 3 Novembre 1876.

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES NATURELLES
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

TRAITEMENT DES CHORÉES ET DES TICS DE L'ENFANCE

Alitement et isolement. — Discipline psycho-motrice.

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges : MM. GARIEL, Professeur.

BROCA (André), | Agrégés.
CLAUDE, |

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.....		SEGOND.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....		ROGER.
Clinique des maladies des enfants.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....		DEBOVE.
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....		GAUCHER.
Clinique des voies urinaires.....		JOFFROY.
Clinique d'accouchements.....		RAYMOND.
Clinique gynécologique.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....		RECLUS.
Clinique thérapeutique.....		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, <i>Chef des</i>
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	<i>travaux anatom.</i>
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur Léon BRUEL

*à qui je dois mon goût pour les études médicales et dont
je m'efforcerai toujours de suivre l'exemple.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. E. BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne

*qui après m'avoir accueilli comme externe, me fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS*

M. LE PROFESSEUR CORNIL

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôpital Broussais.

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur d'Obstétrique à la Clinique Tarnier.

M. LE DOCTEUR CAMPENON

Chirurgien de la Charité.

M. LE DOCTEUR THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital Broca.

M. LE DOCTEUR LERMOYEZ

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

Médecin des Hôpitaux

Avec l'assurance de notre gratitude.

AVERTISSEMENT

Pendant notre dernière année d'externat, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de jeunes sujets atteints de chorée et de tics. Nous avons pu apprécier les bons effets des traitements qui leur furent prescrits, dans le service de notre maître, M. le professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu.

Ces observations et ces résultats feront l'objet de cette thèse. Nous avons été très encouragés dans ce travail par l'approbation de M. le Pr Brissaud que nous tenons à remercier ici de son extrême bienveillance, et par notre ami le Dr Henry Meige, que nous remercions également de ses bons conseils.

PRÉAMBULE

Il est d'usage de décrire comme formes nosographiques distinctes, d'une part les *chorées*, d'autre part les *tics*. Cette distinction est parfaitement justifiée : entre un vrai tiqueur et un vrai choréique, la confusion n'est guère possible. Il existe cependant entre les chorées et les tics, en particulier chez les jeunes sujets, des analogies pathogéniques et cliniques si fréquentes, des cas de transition tellement nombreux, que le diagnostic reste souvent en suspens. Et c'est surtout par les résultats obtenus avec une thérapeutique similaire que se manifeste la parenté morbide des deux affections.

Pour ces raisons, nous avons cru devoir rapprocher dans ce travail les tics et les chorées de l'enfance dont nous allons étudier les traitements.

Mais auparavant, il importe de spécifier les formes nosographiques que nous aurons à envisager.

Le terme de *chorée* a été employé pour désigner une foule d'affections dont les symptômes sont assez disparates. N'a-t-on pas décrit une *chorée rythmique* et une *chorée arythmique*, une *chorée électrique* et même une *chorée molle*...

L'expression « danse de St-Guy », usitée couramment comme synonyme de chorée, est encore moins précise. Au temps passé, elle a servi à désigner des manifesta-

tions chorégraphiques, se reproduisant avec une allure épidémique à l'occasion de certaines cérémonies religieuses. On a assimilé ces épidémies du Moyen-Age à des accidents hystériques et l'on a décrit plusieurs variétés de *chorées hystériques*. On admet aujourd'hui que : « les crises chorégraphiques font partie de la nosographie des foules au même titre que les paniques, les émeutes et toutes les manifestations enthousiastiques. Sous l'influence des mêmes causes excitatrices, l'organisme de la collectivité réagit de la même façon, par une sorte d'effet de sommation d'une infinité de décharges nerveuses. Ce sont, si l'on veut, des réflexes collectifs obéissant à une loi fonctionnelle de la vie des masses (1) ».

Si l'étymologie permet d'appliquer à ces phénomènes le nom de chorée (χορεία, danse), le langage médical ne saurait y souscrire. Il en va tout autrement de l'affection décrite par Sydenham et qui porte justement son nom : *chorée de Sydenham*. Il s'agit là d'une forme morbide bien caractérisée, dont l'autonomie clinique est universellement consacrée aujourd'hui.

Lorsque nous emploierons le mot de *chorée* tout court, c'est la chorée de Sydenham que nous aurons en vue, et nous laisserons de côté dans ce travail les affections décrites sous les noms de *chorée de Dubini*, *chorée d'Enoch-Bergeron*.

Mais, à côté de la chorée de Sydenham, on observe aussi journellement, chez les enfants surtout, des « mouvements nerveux », qui participent à la fois aux caractères des chorées et à ceux des tics. Telle est la

(1) H. MEIGE. La procession dansante d'Echternach. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, Masson, 1904, p. 30.

chorée variable de Brissaud que nous aurons également l'occasion d'étudier.

Quant aux tics, grâce à l'impulsion de M. Brissaud, leur autonomie nosographique a été consacrée dans ces dernières années par les études de MM. Henry Meige et Feindel. Nous n'aurons donc pas à revenir sur leur définition et leur délimitation, quand nous en parlerons dans cette étude. Aussi bien, aurons-nous fréquemment l'occasion de faire des emprunts aux travaux de ces auteurs.

Enfin, dans le groupe encore confus des *myoclonies*, on observe des « mouvements nerveux », dont la qualification reste souvent indécise. Il ne nous appartient pas de la préciser. Au surplus, nous avons surtout en vue la thérapeutique de ces accidents, et la pratique journalière a démontré que les mêmes procédés de traitement usités contre les tics, leur étaient applicables avec le même succès.

Nous allons donc envisager dans ce travail :

1° Les *chorées de l'enfance* et en particulier la *chorée de Sydenham* et la *chorée variable de Brissaud* ;

2° Les *tics de l'enfance*.

Dans notre résumé clinique nous aurons exclusivement en vue les enfants atteints de ces affections, et c'est à eux également que s'adresseront nos conseils thérapeutiques.

Quels que soient les liens de parenté morbide qui unissent les tics et les chorées, et bien que les traitements qui conviennent aux uns et aux autres soient basés sur les mêmes principes, nous avons cru cepen-

dant nécessaire, pour la clarté de notre travail, de décrire séparément le traitement de la chorée de celui des tics. Les méthodes thérapeutiques auxquelles nous croyons qu'il convient de donner la préférence, d'après l'enseignement et la pratique de M. le P^r Brissaud et de ses élèves, ont pour base dans les deux cas :

1° *L'alitement*, avec ou sans *isolement* ;

2° Les procédés de correction et de rééducation connus sous le nom de *discipline psycho-motrice* (Brissaud et H. Meige) (1).

Il a été nécessaire d'adapter ces deux méthodes à chacune des maladies que nous avons en vue, et suivant les cas, l'une d'elle prend plus d'importance que l'autre, sans que cependant celle-ci soit en opposition avec celle-là. Bien plus, elles se complètent réciproquement : la première prépare la voie à l'autre.

L'alitement et l'isolement, grâce au repos physique et mental, permettent à l'équilibre nerveux de se rétablir peu à peu.

Il est plus facile alors d'instituer une bonne discipline psycho-motrice et, par conséquent, de faire une rééducation fructueuse.

(1) BRISSAUD et H. MEIGE. La discipline psycho-motrice. *Congrès de Madrid*, 1903. *Arch. gén. de médecine*.

CHAPITRE PREMIER

LES CHORÉES DE L'ENFANCE

Rappelons en quelques mots les principaux caractères de la chorée de l'enfance.

Un enfant d'une dizaine d'année, le plus souvent une fillette, arrive accompagnée de sa mère.

Du premier coup d'œil le diagnostic est fait.

Généralement émue par la vue du médecin, si souvent représenté par les parents comme un épouvantail, « un croquemitaine », dont ils se servent pour obtenir la tranquillité et l'obéissance de leurs enfants, la petite malade se livre à des gesticulations désordonnées, plus nombreuses et plus amples qu'en temps ordinaire (1).

Ce sont des mouvements dans lesquels on ne peut reconnaître aucune espèce de coordination ; ils sont indéfinissables, inexplicables, ils échappent à toute description. C'est un « mouvement amorphe ; l'extension du bras dans l'espace, loin de représenter un geste, suit une marche serpentine, brusquement interrompue par les écarts les plus imprévus » (2).

L'enfant s'est assise, mais elle ne cesse de s'agiter sur sa chaise pendant que nous nous renseignons auprès de la mère.

(1) Cette règle n'est pas absolue ; quelquefois en effet, sous l'influence de l'inhibition causée par l'émotion, les choréiques gesticulent moins en présence du médecin ; l'inverse est presque la règle chez les tiqueurs.

(2) ODDO. *Presse médicale*, 30 septembre 1899.

Nous apprenons alors que, plusieurs semaines avant le début de la maladie, elle était devenue maussade, qu'elle frappait à tout instant ses petits frères ou sœurs, qu'elle ne jouait plus avec eux, qu'elle évitait et fuyait ses parents. A l'école, sa distraction perpétuelle lui attira les fréquentes réprimandes de ses maîtres.

Au moment où la mère s'aperçut des premiers mouvements insolites, l'enfant se plaignait un peu de fatigue générale ; elle manquait d'appétit, elle était pâle.

Les mouvements ont débuté par une main, puis ils se sont étendus à tout le membre, à la face, au reste du corps, mais en gardant toujours une intensité plus grande du côté où ils avaient commencé.

Ils disparaissent avec le sommeil.

Pendant que la mère nous donne ces renseignements, notre petite malade continue à s'agiter sur sa chaise. Elle fait une série de grimaces qui donnent à sa physiologie une expression, tantôt gaie, tantôt pleurarde. Elle fait claquer sa langue.

Nous lui demandons de nous raconter, par exemple ce qu'elle fait à l'école. Elle se met à parler lentement, fait une grimace, tortille sa langue dans sa bouche, reprend tout à coup son récit en précipitant ses mots, comme si elle voulait rattraper le temps perdu par ces gestes inutiles.

Prions-la maintenant de se tenir debout ; elle ne restera pas une seconde tranquille, s'appuiera tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre ; de temps en temps elle manquera de perdre l'équilibre.

Faisons-la marcher ; elle oscille, titube, entrechoque ses pieds, ses genoux, plie sur ses jambes ou fait de petits sauts.

Ordonnons-lui de prendre un vase contenant des fleurs et de le porter à sa mère ; elle s'approche du vase, se livre à une série de mouvements désordonnés autour de celui-ci ; nous craignons qu'elle ne le brise, mais rassurons-nous ; car, tout à coup, comme si elle voulait le dérober, elle le prend et le transporte sans le renverser.

Elle sait écrire. Nous lui demandons de nous donner un spécimen de son écriture. Elle recommence d'abord ses sinagrées des mains pour saisir son porte-plume, puis quand elle le tient, autour de l'encrier ; elle finit enfin par se mettre à écrire. Elle le fait comme elle parle, lentement d'abord, d'un air gauche ; son écriture est celle d'un enfant qui vient d'apprendre, mais elle s'accompagne de grands paraphes ; elle fait des poses, puis repart brusquement, écrit quelques mots plus ou moins lisibles. Elle se tache les doigts, fait des pâtés, s'arrête et repart pour recommencer de même.

Il faut poursuivre l'examen.

Chez les choréiques, l'état des réflexes est des plus variables suivant les jours et suivant les sujets. Ceux-ci sont souvent normaux, mais ils peuvent être exagérés des deux côtés, comme chez la plupart des névropathes ; des deux côtés aussi, ils peuvent sembler affaiblis ; ce n'est souvent qu'une apparence et parce qu'en réalité la recherche de ces réflexes a été défectueuse. D'autres fois encore, ils sont inégaux, il y a exagération du réflexe patellaire et olécranien d'un même côté.

Les réactions électriques n'ont rien de particulier ; et,

chose remarquable, on ne trouve pas d'hypertrophie musculaire dans ces membres perpétuellement en mouvement : au contraire, on observe fréquemment de l'amyosthénie.

Au point de vue subjectif, les petits malades se plaignent souvent de douleurs articulaires vagues, de rachialgie ; on doit alors rechercher tous les signes de l'infection qui a été le point de départ de la chorée, et tout particulièrement le rhumatisme.

Mais revenons à notre petite malade.

Son instabilité et son air d'inquiétude sont frappants. Donnons-lui, en effet, un livre avec des images, pendant que nous continuons à causer avec la mère. Elle le feuillette d'un air distrait, s'arrêtant à peine aux gravures. Elle se lève, va regarder à la fenêtre, écoute ce qu'on dit d'elle et enfin retourne à son livre, pour le quitter de nouveau l'instant d'après, se lever encore, toucher un objet, se rasseoir, etc.

Son attention, sa mémoire aussi, sont capricieuses. On nous dit qu'elle excellait à l'école dans la récitation des fables et dans le calcul. Il n'est pas douteux que l'enfant soit intelligente, et pourtant, si nous lui demandons de nous réciter quelques fables, elle le fait très bien pour certaines, alors que pour d'autres, elle ne peut nous en dire que quelques vers isolés.

Mêmes lacunes pour le calcul : une soustraction compliquée est résolue sans fautes ; l'instant d'après il lui est impossible d'additionner deux chiffres.

Sa mère nous dit qu'elle a toujours été peureuse, mais que depuis peu elle l'est devenue à un point exagéré : la nuit elle a peur de tout, elle refuse d'aller dans le coin

sombre d'une pièce éclairée, à plus forte raison dans une pièce obscure.

Le caractère de l'enfant s'est beaucoup modifié. Son émotivité est extrême ; ce ne sont que colères subites, joies excessives, crises de larmes ou rires fous.

Enfin, elle a souvent des cauchemars, des sortes d'hallucinations ; on se demande parfois si elle n'a pas quelque délire.

Voilà, rapidement esquissé, le tableau clinique de la chorée des jeunes enfants. Il va sans dire qu'il existe de nombreuses variantes et que nous n'avons pas la prétention de décrire toutes les formes de chorée, mais simplement la plus vulgaire.

*
* *

A côté de ce type clinique, qui correspond à l'affection décrite par Sydenham, il est bon de rappeler celui auquel M. Brissaud a donné le nom de *chorée variable*, il représente d'ailleurs un type de transition entre la chorée et les tics. En voici, d'après lui, les caractères principaux :

« Sur la signification du mot *chorée*, aucune ambiguïté : la chorée consiste en des mouvements involontaires survenant sans but et en apparence sans cause, pendant le repos comme pendant l'action, par conséquent illogiques et maladroits ; ils suffisent pour caractériser symptomatiquement une névrose dont la durée est limitée lorsqu'il s'agit de la chorée *mineure* (dite de Sydenham) et illimitée lorsqu'il s'agit de la chorée *majeure* (dite d'Huntington).

» Quant aux faits que vise d'adjectif *variable*, on peut presque les deviner : c'est une chorée qui n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée.

» Elle va et vient, augmente et diminue alternativement, cesse tout à coup, réapparaît un jour, disparaît de nouveau, avec des mouvements tantôt brusques, tantôt lents, sans localisation prépondérante. C'est une névrose qui manque — si l'on peut s'exprimer ainsi — de tenue symptomatique.

» Quoiqu'il s'agisse indubitablement d'une chorée, c'est-à-dire d'une affection dont le diagnostic appartient presque au public, il est aussi difficile de savoir quand elle a commencé que d'affirmer qu'elle a cessé d'être. L'incertitude s'explique, car cette névrose est le propre d'un personnage essentiellement mobile lui-même, incorrect, fantasque et changeant. Jusqu'au jour où elle s'affirme par des signes de morbidité indéniable, on la néglige, elle passe pour un simple caprice des muscles, dépourvu de valeur pathologique ; et, de même, lorsqu'elle vient à disparaître, la bizarrerie du sujet ne s'en trouve pas tellement modifiée qu'on s'en aperçoive.

» Les mouvements involontaires qui constituent le syndrome méritent-ils de figurer dans les pathologies au chapitre des myoclonies ? Si cette question se pose dès à présent, c'est qu'il vient naturellement à l'esprit d'identifier aux myoclonies les contractions musculaires que le langage courant englobe sous le titre de « mouvements nerveux » et qui doivent être rangés parmi les symptômes *polymorphes* de la dégénérescence.

» Ce terme de myoclonie est remarquablement vague ;

il ne signifie pas autre chose que *secousse musculaire*. D'autre part, on sait bien ce qu'il faut entendre par « mouvements nerveux » ; ce sont des mouvements plus ou moins brusques des membres, spécialement des bras, des épaules, du visage, toujours involontaires et, en général, d'autant plus forts et fréquents que l'état nerveux est plus prononcé lui-même.

» Ainsi les parents racontent que leur enfant est depuis quelque temps *plus* agité, *plus* irascible, et qu'il a en outre « beaucoup *plus* de mouvements nerveux ». Cette concordance est un fait constant.

» L'expression « mouvements nerveux » est consacrée dans la langue courante. Les médecins n'en font guère usage... Trouvent-ils qu'elle manque de précision ? Pas tant que cela, elle dit très bien ce qu'elle veut dire. Les mouvements dont il s'agit ne sont ni des convulsions toniques, ni des spasmes cloniques, et moins encore des tics d'habitude. Ce sont des contractions complexes, en général assez vives, mais sans violence et montrant de grandes analogies avec les actes automatiques les plus simples : par exemple, un pas en avant, un haussement d'épaules, un froncement de sourcils, un soupir ou un gémissement, un appel de langue ou un claquement des doigts, le plus souvent un geste d'impatience ; mais tout cela est si varié, si fugitif qu'on ne saurait y voir un phénomène convulsif défini. Lesdites contractions ont, en outre, ceci de spécial, que malgré leur complexité, elles sont à peu près ignorées du malade qui les exécute : il est tout surpris qu'on lui demande ce que signifie ce mouvement qu'il vient de faire, car c'est à peine s'il s'en est aperçu.

» Bref, les mouvements nerveux dont nous voulons parler ne font ni partie des myoclonies, ni des tics ; leur multiplicité, leur inconstance ont quelque chose de très spécial. Enfin, ils ne surviennent jamais en dehors d'un certain état névropathique dont la nature doit être spécifiée, où les troubles mentaux dominent, tout comme dans la chorée ; et au demeurant, *c'est de chorée et non d'autre chose qu'il s'agit* (1) ».

*
* *

Nous rappellerons maintenant en quelques mots les données actuelles sur l'étiologie et la pathogénie de la chorée.

Celle-ci a son maximum de fréquence entre six et treize ans. On la trouve deux fois plus souvent chez les filles que chez les garçons (Bruning donne même la proportion de 77 0/0 chez les premières, 23 0/0 pour les seconds) (2).

L'hérédité similaire directe est rare, nous en rapportons cependant un exemple probant (Voir observation de chorée n° 3). L'hérédité névropathique (hystérie, épilepsie, neurasthénie), est beaucoup plus fréquente.

Nous nous contenterons de résumer brièvement les théories qui ont été émises sur la nature de la chorée. On peut les ranger en trois catégories :

- 1° Théorie rhumatismale ;
- 2° Théorie infectieuse ;
- 3° Théorie nerveuse.

(1) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses* (2^e série), Masson, 1899, p. 516.

(2) BRUNING. *Deutsche Aertzte Zeitung*, n° 11, p. 241.

Pour les uns, en effet, depuis G. Sée, avec Cadet de Gassicourt, Sanné, Rillet, Barthez, West, la chorée est ce que l'on appelle couramment un « rhumatisme nerveux » dont la localisation est déterminée par une prédisposition névropathique.

Sans discuter la valeur de cette théorie, les chiffres suivants, donnés par quelques auteurs sur la fréquence du rhumatisme dans la chorée, indiqueront suffisamment que celui-ci ne saurait être responsable dans tous les cas.

Kobrak donne 41 0/0, Bruning 35 0/0. En somme on ne trouve guère le rhumatisme que dans un tiers, au plus dans la moitié des cas.

Pour d'autres, la chorée est due à une infection quelconque, mais se manifestant sur un terrain préparé par une hérédité nerveuse quelconque (1).

Le rhumatisme vient en première ligne, puis la scarlatine, la grippe (2), les otites, les angines (3), l'érythème polymorphe exsudatif (4).

Pianese, Triboulet, Zadok, Lerède, Meyer, Mircoli, Westphal ont trouvé des diplocoques, des staphylocoques, soit dans l'endocarde, soit dans le cerveau des choréiques (5).

Il n'est pas jusqu'au tænia qui n'ait été accusé d'avoir

(1) TRIBOULET. *Du rôle possible de l'infection dans la path. de la théorie*. Th. de Paris. G. Steinheil, 1893.

(2) MARFAN. *Sem. méd.*, 1897, n° 20, p. 153.

(3) CH. GRAM. *Soc. médic. Copenhague*, 24 janv. 1899.

(4) HOHLFELD. *Analyse in Jahresbericht*, 1902.

(5) GUIZETTI et MIRCOLI ont fait des expériences intéressantes à ce sujet sur le cobaye. — GUIZETTI. *Jahresbericht ü. Neur u. Psychi*, 1902. — MIRCOLI. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1902, p. 1489 et 1395.

provoqué des crises de ch. vte, sa disparition ayant été suivie de guérison rapide (1).

La théorie nerveuse a été défendue par Charcot, qui considérait la chorée comme une affection nerveuse apyrétique avec troubles moteurs, psychiques, sensitifs.

Joffroy en fait une maladie d'évolution (névrose cérébro-spinale). « C'est la manifestation de la dégénérescence de l'appareil moteur à l'occasion d'une maladie aiguë (2) ». Il compare et assimile les manifestations articulaires aux arthropathies d'origine spinale. La chorée rentre dans les affections auxquelles Joffroy a donné le nom de *myopsychies* (3).

Ces trois théories ne sont nullement en contradiction les unes avec les autres. Charcot l'indique d'ailleurs quand il dit : « La chorée peut exister sans rien avoir à faire avec le rhumatisme. . . . il est évident que le rhumatisme articulaire aigu joue, dans ce cas, par rapport à la chorée, le même rôle d'agent provocateur que joue la syphilis par rapport à l'ataxie locomotrice progressive. . . »

» La chorée et le rhumatisme coexistent souvent, chez un même sujet, soit dans la famille, cela n'est nullement douteux ; mais la coexistence fréquente, l'alternance même de ces deux affections ne suffit nullement à démontrer qu'elles sont identiques et de même nature ; tout au plus, cela peut-il faire penser qu'il y a entre elles une certaine affinité dont il reste à rechercher la raison d'être. » (4)

(1) HODGE. Tapeworm as a case of chorea. Anal. in de *Jahresbericht ü. Neuro u Psychi.* 1902. — PEREIRA. Anal. in *Jahresbericht ü. Neuro u Psychi.* 1902.

(2) JOFFROY. Nature et traitement de la chorée. *Progrès médical*, 31 mai 1885.

(3) JOFFROY. Myopsychies. *Revue neurol.*, 15 avril 1902.

(4) CHARCOT. *Lec. du Mardi*, 1887-88, p. 38 ; 1888-89 p. 114.

Ce que dit Charcot pour le rhumatisme, Gianasso le dit finalement de l'infection : Après l'examen de 46 cas de chorée et tout en déclarant que la théorie infectieuse est celle qui rend le mieux compte des faits, il ajoute que la chorée serait une névrose se développant sur le terrain de la prédisposition nerveuse. Les choréiques seraient des dégénérés ; la chorée est survenue sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, mais une autre névrose aurait pu aussi bien apparaître en son lieu et place. « L'agent causal peut-être quelconque, mais l'infection est certaine, l'éventualité qui se présente avec la plus grande fréquence en dehors d'elle : les auto-intoxications d'origine intestinale, après le trouble causé par une émotion par exemple, peut rendre compte d'un très grand nombre de faits (1) ».

Gianasso considère, comme tout le monde maintenant, le rhumatisme comme une maladie infectieuse, et c'est lui qui provoque le plus souvent la chorée.

Les conclusions de Blocq et Grenet, auxquelles nous nous rallions, sont en quelque sorte le résumé de ce qui vient d'être dit : « La théorie infectieuse, bien que non démontrée, est fort séduisante ; d'ailleurs elle ne nous semble pas s'opposer à la théorie de la névrose ; et la malformation de l'appareil moteur admise par Joffroy, peut fort bien se manifester sous l'influence d'une infection, ce qui explique la marche fébrile, cyclique, l'évolution parfois mortelle et les complications viscérales de la chorée : ni la dégénérescence ni l'infection ne suffisent, il faut que ces deux conditions se trouvent réalisées (2) ».

(1) GIANASSO. *Riforma medica*, n° 16, p. 129, 22 décembre 1903.

(2) BLOCC et GRENET. *Traité de médecine*, t. X, p. 362, 1905.

L'anatomie pathologique ne nous a pas renseigné davantage sur les causes premières de la chorée. Il faut faire de sérieuses réserves sur la signification des « Choreakærperchen » de Flechsig, Jakowensko (1). L'hyperémie des méninges (Campbell Thomson) (2) et l'œdème sous-arachnoïdien (Richon) (3) sont des lésions que l'on retrouve dans une foule d'infections cérébro-spinales.

Comme il est impossible de ne pas tenir compte des nombreux résultats négatifs trouvés par Charcot, Triboulet, etc., on ne peut, quand à présent, tirer de conclusion des examens nécroscopiques.

En ce qui regarde la chorée variable, la thèse de Patry (4) faite, sous l'inspiration de M. Brissaud, nous a appris que celle-là apparaît de préférence après la puberté, que l'émotion, l'imitation, l'irritation réflexe en sont autant de causes déterminantes, que « l'hérédité nerveuse est le facteur principal auquel vient se joindre l'infection », enfin que cette maladie évolue sur un terrain dégénéré.

On voit donc que s'il existe au physique entre la chorée variable et la chorée de Sydenham des liens de parenté ; il en est de même pour l'état mental, que l'on a caractérisé de la manière suivante : « Il n'y a pas d'état mental choréique, il y a des troubles mentaux chez des héréditaires, des dégénérés atteints de chorée (5). »

(1) JAKOWENSKO. *Kiestnick de Meyewski*, 1889.

(2) The pathology of acuta chorea. *Brit. med. Journ.*, 1899.

(3) *Revue mens. malad. enfance*, octobre 1903.

(4) PATRY. *De la chorée variable et polymorphe*. Th. de Paris, 1899.

(5) BRETON. *Etat mental dans la chorée*. Th. de Paris, G. Steinheil, 1893.

CHAPITRE II

LES TICS DE L'ENFANCE

« Le tic est un acte primitivement commandé par une cause extérieure ou par une idée et coordonné vers un but; par la répétition, cet acte passe à l'état d'habitude et finit par se reproduire involontairement, sans cause et sans but, en s'exagérant dans sa forme, dans son intensité et dans sa fréquence; il prend ainsi les caractères d'un mouvement convulsif et intempestif répété à l'excès; son exécution est souvent précédée d'un besoin impérieux, et sa répression, d'un malaise. La volonté, la distraction peuvent le suspendre; il disparaît dans le sommeil.

» Le tic apparaît chez les prédisposés, il coexiste fréquemment avec les autres manifestations du déséquilibre mental » (1).

Comme nous l'avons fait pour la chorée infantile, nous allons esquisser brièvement le portrait du jeune tiqueur, en nous inspirant de l'enseignement de M. le Prof^r Brissaud (2), du livre *Les tics et leur traitement* de MM. H. Meige et E. Feindel (3), de la récente monographie de

(1) H. MEIGE. *Tics* (Monographie n° 42. Œuvre medico-chirurg.). Masson, 15 juin 1905, p. 2.

(2) BRISSAUD. *Tics et spasmes de la face*. Leçons sur les maladies nerveuses, 1^{re} série, 1893-94.

(3) H. MEIGE et E. FEINDEL. *Les Tics et leur traitement*, 1 vol. Masson, 1902.

M. H. Meige, consacré aux *Tics*, et des nombreuses publications de ce dernier sur ce sujet.

Voici un jeune homme de 17 ans, qu'on nous dit atteint de « mouvements nerveux ». Pendant les premiers moments de la consultation, il reste tranquille, très attentif à ce qu'on dit de lui, et ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'on lui voit faire inopinément un clignement d'œil, un hochement de tête, un haussement d'épaule, brefs et brusques.

Or, notre jeune homme, sachant pourquoi il est ici, s'est surveillé pendant un moment. C'est, en effet, le propre des tics que de disparaître pour un temps sous l'influence de l'attention. Mais cette contention n'est pas de longue durée; l'attention du tiqueur est fugace, et c'est précisément parce qu'il s'est contenu un instant, qu'on va le voir bientôt se livrer à une véritable débauche de tics.

Décrire tous les mouvements qu'il fait, nous entraînerait trop loin.

Prenons un de ses tics en particulier, un tic de la face. C'est une grimace rapide, un brusque mouvement des lèvres. C'est un acte convulsif, intempestif, mais qui ne semble pas particulièrement coordonné vers un but défini.

Quand a-t-il commencé ? On nous apprend que c'est à la suite de l'extraction d'une molaire. L'enfant passait son temps à sucer la plaie laissée par cette ablation, d'où déplacement de la commissure labiale.

C'était devenu un besoin impérieux, auquel, malgré les observations de ses parents, le petit malade ne pouvait résister. Une autre dent est poussée à la place; mais le mouvement a persisté, s'est transformé peu à peu, a

pris une allure plus convulsive et, s'étendant, est devenu une véritable grimace.

Ce mouvement des lèvres était donc au début coordonné vers un but défini, bien qu'aujourd'hui sa destination puisse sembler illogique. C'est bien là le propre du tic; celui-ci « peut être considéré comme une perturbation fonctionnelle, en ce sens qu'il représente un acte commandé par un besoin exagéré, intempestif, auquel succède une satisfaction excessive, déplacée » (1).

Poursuivons notre interrogatoire. L'enfant nous apprend qu'il a pu se contenir au début de la visite, bien qu'il éprouvât une violente envie de tiquer, si violente qu'elle était pour lui une véritable souffrance.

« Si le sujet est incapable de maîtriser le besoin d'exécuter des actes habituels et s'il souffre de ne pouvoir les exécuter, il s'agit bien de tics. La constatation de cette souffrance est un point excellent de diagnostic (2) ».

Demandons à notre petit malade les circonstances et le temps le plus long pendant lesquels il a pu rester sans tiquer.

Il nous répond que c'est à la pêche, sa distraction favorite : tant qu'il tient sa ligne baissée, dans l'espérance de voir mordre le poisson — et cela dure quelquefois une demi-heure — il reste tranquille ; mais dès qu'il la relève, il éprouve un grand soulagement à donner libre cours à ses tics.

Il prend actuellement des leçons d'escrime : pendant l'assaut, il garde une attitude correcte ; mais l'assaut terminé, la grimace reprend de plus belle.

(1) H. MEIGE et E. FEINDEL. *Les tics et leur traitement*, Masson, 1902, p. 129.

(2) *Ibid.*

De son côté, sa mère nous apprend qu'il tique à peu près depuis l'âge de dix ans. Il a eu successivement des tics des paupières, un hochement de tête, un haussement d'épaule : tics de *forme clonique*.

Ces « mouvements nerveux » viennent par accès qui durent plus ou moins longtemps et qui sont suivis d'une période de calme.

Il avait pris, il y a quelques mois, l'habitude de tourner brusquement sa tête à gauche. Il la maintenait dans cette position un temps assez long, et il accentuait encore ce mouvement quand il lisait ou écrivait, ou encore quand il était fatigué. Aussi, était-ce le soir qu'il se manifestait avec la plus grande intensité. Le repos et principalement celui de la nuit le faisait disparaître et le matin au réveil, le jeune homme restait un assez long temps sans tiquer. C'était un tic de *forme tonique*.

En dormant, aucun mouvement nerveux, — les vrais tics disparaissent toujours pendant le sommeil.

Il parle très vite et ses phrases se terminent par un véritable bredouillement. De temps à autre, sans raison aucune, il émaille son discours de l'exclamation « ah ! »

Par ailleurs, nous apprenons également que depuis longtemps il mange avec précipitation, en mastiquant à peine, et parfois avec une sorte de voracité. Souvent, dans la journée, mais à des heures très variables, il réclame impérieusement à manger. Aussi, ses fonctions digestives sont-elles fréquemment troublées : il a tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée.

Sa démarche est incorrecte, elle est en général très rapide, et même par un besoin irrésistible, il fait de temps en temps quelques « pas de course » et quelques génuflexions incompréhensibles.

Examinons-le de plus près. Son asymétrie faciale est frappante, un côté de la figure est plus petit que l'autre, le nez est de travers.

Les réflexes sont normaux, la sensibilité objective aussi; mais il accuse une foule de sensations bizarres, la moindre gêne l'exaspère et la plus légère douleur donne lieu à des réactions motrices disproportionnées.

L'examen de tout tiqueur comporte une enquête mentale. Voici à cet égard ce que nous apprenons. Bien que notre malade ne soit plus un enfant (il a en effet 17 ans) il est sous certains rapports aussi jeune de caractère que son frère, de 7 ans moins vieux : même insouciance, même légèreté. Il s'entend parfaitement avec celui-ci et prend volontiers part à ses jeux.

La moindre réprimande provoque chez lui des crises de larmes, qui surprennent d'autant plus que le jeune homme est assez avancé dans ses études. Il a toujours été pour certaines matières un brillant élève, se distinguant par sa vive imagination, sa mémoire et sa grande facilité d'assimilation; mais il s'est toujours montré rebelle aux mathématiques et d'une façon générale à toutes les études qui nécessitent un raisonnement prolongé.

Sa timidité est extrême, elle s'accompagne parfois d'une sorte d'angoisse. Le moindre obstacle l'effraye et une question nouvelle posée, à un examen, d'une façon inopinée, le déconcerte.

En travaillant, il lui arrive parfois de jeter dans sa chambre ses cahiers et ses livres, dans un moment d'impatience et de colère.

Lorsqu'il se déshabille le soir, il faut que ses vêtements

soient toujours placés sur la même chaise et dans le même ordre. Il ne pourrait s'endormir sans avoir satisfait à cette manie et sans s'être baissé trois fois pour regarder sous son lit.

Cet état mental n'est pas spécial au tiqueur; on le retrouve chez la plupart des prédisposés. Désharmonie des diverses facultés mentales (Magnan), imperfection de la volonté, infantilisme mental (H. Meige), instabilité psychique en rapport avec l'instabilité motrice, obsessions, idées fixes, petites manies.

Le portrait clinique que nous venons de tracer n'a pas la prétention de s'appliquer à tous les tiqueurs. Rien n'est plus variable que les formes des tics ni que les anomalies psychiques qui les accompagnent et dont ils dépendent souvent.

Quelques mots, pour finir, de leur étiologie.

C'est entre 7 et 8 ans qu'apparaissent les tics de l'enfance; alors, les fonctions psychiques ont acquis un développement suffisant pour que leurs imperfections, si elles existent, puissent se révéler. »

Une autre époque où les tics font fréquemment leur apparition est celle de la puberté.

Charcot a montré combien l'hérédité était constante chez les tiqueurs. Cette hérédité est : 1^o similaire, dans quelques cas, et les sujets qui en sont porteurs forment les familles de tiqueurs; 2^o dissemblable; et dans ces cas toutes les tares névropathiques ont été retrouvées.

L'imitation joue dans l'étiologie des tics un rôle des plus importants; elle peut être volontaire et consciente, ou involontaire et inconsciente (écholalie, échokinésie

de Charcot). Certaines occupations professionnelles, l'entourage, la mauvaise éducation, le surmenage cérébral sont encore des facteurs que l'on a signalés.

Quant aux causes premières des tics, elles nous échappent actuellement et on peut dire avec H. Meige :

« Nous ne serions pas surpris de voir les constatations d'autopsies demeurer toujours négatives dans les cas de tics. Nous ne croyons pas, en effet, que l'affection soit sous la dépendance d'une *lésion acquise* ; nous supposons plus volontiers qu'il s'agit d'anomalies congénitales, d'arrêts ou de vice de développement des voies d'association corticales ou des anastomoses intra-corticales, minuscules malformations tératologiques que nos connaissances anatomiques sont malheureusement encore impuissantes à reconnaître. »

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES CHORÉES

Les traitements préconisés contre la chorée sont extrêmement nombreux et cette multiplicité même prouve qu'aucun de ces traitements n'a de vertu absolue. Nous allons passer en revue les principaux :

D'abord les *agents médicamenteux*.

Comme on peut facilement s'en douter, *le salicylate de soude* et *l'aspirine* ont été employés systématiquement par ceux qui virent dans la chorée une forme de rhumatisme (1). Un grand nombre de médecins s'en sert, et c'est à juste titre, quand la chorée a été précédée ou accompagnée de phénomènes nettement rhumatismaux.

L'aspirine est recommandée par Williamson dans les cas graves. Il la donne à la dose de 0 gr. 60 à 0 gr. 90 et il aurait obtenu un très favorable effet chez certains malades qui s'étaient montré réfractaires aux autres médications (2).

L'arsenic avait été employé autrefois ; il fut ensuite abandonné et nous devons sa réhabilitation à Séguin (3) et à Comby (4). Ce dernier le donne sous forme d'acide

(1) KOBRAK. *Arch. für Kinderheilkrankh.*, B. 36, p. 28. — MERLIN. *Journ. de Clin. et therap. infant.* 23 décembre 1897.

(2) WILLIAMSON. *The Lancet*. August. 1903.

(3) SEGUIN. *Leçons sur le traitement des névroses*, 1893.

(4) COMBY. *La médecine moderne*, 1896 et *Revue neurol.*, 1896, p. 531.

arsénieux ; il fait prendre 10 gr. de liqueur de Boudin (acide arsénieux au 1000^e) le premier jour ; il augmente la dose de 5 gr. par jour jusqu'à 35 gr., puis il redescend en suivant la progression inverse jusqu'à 10 gr.

Comby, Mery, Moizard (1) partagent l'idée que l'arsenic prévient les endocardites et qu'il jugule l'incoordination motrice.

Oppenheim se déclare partisan de l'emploi de l'acide arsénieux dans tous les cas de chorée ; il préfère souvent l'associer au fer (2).

Quelquefois Comby associe l'antipyrine à l'arsenic, mais il recommande dans tous les cas, pendant la durée de la cure, *le régime lacté absolu*. Celui-ci pare, dans une grande mesure, aux accidents qui ont été imputés à l'arsenic.

Certains auteurs ayant en effet appliqué la méthode de Comby avec succès dans la plupart des cas, ont observé quelques accidents. Aussi restreignent-ils les indications de ce médicament.

Røder (3) s'en est fort bien trouvé dans les cas d'intensité moyenne, mais dans les formes infectieuses, rhumatismales, il constate vers le 14^e jour l'apparition de toute une série de symptômes, tels que : élévation de la température et du pouls, aggravation de l'état général et de celui du cœur, réapparition des douleurs rhumatismales, et quelquefois, de véritables accidents à forme

(1) COMBY, MERY, MOIZARD. *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux. An. in Rev. Neuro.*, 1903, p. 312.

(2) OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, p. 1307 à 1309, Berlin, 1903.

(3) RØDER. *Beobachtung bei der Arsenotherapie der Chorea. Anal. in Jahresbericht ü. Neuro. u Psychi.*, 1903.

typhoïde qui eurent une issue fatale. En général, il obtenait une amélioration sensible quand il supprimait ou diminuait fortement la dose d'arsenic.

Pope (1) et Tschernow sont d'avis de s'abstenir de l'arsenic dans les cas graves ou quand il y a des complications cardiaques.

Tschernow (2), qui employait la méthode de Comby, a eu l'occasion de voir fréquemment des altérations du côté de l'appareil cardiaque et, en même temps, des phénomènes d'intoxication accompagnés de vomissements.

La *médication cacodylique* a donné des résultats inégaux. Lannois (3) a obtenu quelques améliorations rapides et uniformes là où d'autres traitements étaient restés sans résultats. Mais à côté de cela, Hebar (4) cite de nombreux insuccès.

On a, d'ailleurs, actuellement tendance à revenir à des formes plus simples de médication, aussi bien pour l'arsenic que pour le fer. Ainsi donne-t-on à nouveau la *liqueur de Fowler* : IV gouttes le premier jour et augmenter de une goutte par jour jusqu'à XII, puis redescendre de même à IV gouttes, chez un enfant de 10 ans.

On y associe l'antipyrine (5). On prescrit aussi l'arséniate de soude ; 2 milligr. au début et augmenter pro-

(1) POPE. Arsen in the treatment of Chorea. Anal. in *Jahresbericht ü. Neur. u. Psych.* 1902.

(2) TSCHERNOW. Ueber die Behandlung der Chorea bei Kindern mit grossen Dosen acidi arsenicosi. *Wratsh*, n° 4.

(3) LANNOIS. Quelques cas de chorée traités par le cacodylate de soude. *Lyon médical*, 27 janv. 1901.

(4) HEBAR. Thèse de Paris, 592, 7. VII, 1901.

(5) BECHTEREW. *Revue de psycho. et neuro.*, (russe), n° 12, 1899.

gressivement jusqu'à l'intolérance (1), ou l'arséniate de strychnine, 1 à 2 milligr. par jour (2).

En résumé, *la médication arsenicale peut être utilisée dans la chorée, exception faite pour les cas très graves et lorsqu'il existe de la fièvre et des phénomènes infectieux. Il importe de ne point trop élever les doses et de ne pas prolonger l'emploi de l'arsenic chez les enfants.*

Dans la série aromatique, l'*antipyrine* a été fort préconisée. Leroux commence par 3 gr. et va jusqu'à 6, 8 gr. suivant l'âge pour obtenir des résultats favorables. Si l'amélioration ne se fait pas sentir au bout de 3 semaines, il faudra abandonner l'*antipyrine* (3).

Carrière et Leclerq. l'associent à l'arséniate de soude. Ils notent la disparition des mouvements quand la dose d'*antipyrine* atteint 6 gr. par jour ; mais ils n'hésitent pas à aller jusqu'à 10 gr. (!) (4).

On a préconisé également l'exalgine, l'analgésine, l'*asaprol* (5).

Mais l'*antipyrine* a le défaut, selon Comby, de diminuer la sécrétion urinaire, de donner de l'hémoglobinurie et des érythèmes. Aussi, comme pour l'arsenic, recommande-t-il la diète lactée absolue pendant les quinze premiers jours du traitement par l'*antipyrine* (6).

On peut donc essayer les effets de l'antipyrine chez

(1) MARFAN.

(2) BLACHE. *Clinique et thérapeut. infantile*, 1894.

(3) LEROUX. L'*antipyrine* dans la chorée de Sydenham. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1890.

(4) CARRIÈRE et LECLERQ. *Soc. de Biol.* 25, V, 1901.

(5) MONCORVO.

(6) COMBY. Bulletin soc. méd. des hôp. de Paris. Anal. in *Revue neuro*, 1903, p. 312.

les jeunes choréiques : mais ici encore il faut se garder d'élever trop les doses, car les susceptibilités individuelles à ce médicament sont extrêmement variables et l'on doit toujours se méfier de l'intolérance qui, chez les enfants surtout, peuvent se manifester à de trop fortes doses.

On a encore essayé une foule de médicaments :

La *quinine* recommandée par Dorland a été associée à l'antipyrine, avec succès par Baginski et Legroux.

Le *salophène* fut donné par P. Marie, l'*ergotine* en extrait fluide par Smith, le *tartre stibié* par Fabel, l'*hédonal* par Vargas, le *trional* par Mackey, le *bromure de camphre* par Bossard (1); ce dernier médicament, donné par Bourneville et Katz à doses croissantes, a produit de bons résultats (2).

Lorsque la chorée atteint un degré assez intense, on a recommandé les antispasmodiques, tels que : la *valériane*, 0 gr. 30 à 1 gr., l'*oxyde de zinc*, l'*assa fetida*, les *pilules de Méglin*, le *sulfate de zinc*, le *phosphure de zinc*, le *bromure de potassium* (Bouchut), enfin on a essayé aussi le *sulfate de strychnine* (Trousseau) et l'*hyosciamine* (Oulmont) (3).

Enfin dans les cas graves, on a encore coutume d'employer le traitement de Trousseau : l'*opium* à doses assez élevées :

1 pilule d'*opium* de 0,01 centigramme toutes les deux

(1) BOSSARD. Thèse Paris, 577, 17.V, 1901.

(2) BOURNEVILLE.

(3) BLACHE. *Loco citato*.

...the
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..

... ..
... ..
...

C'est d'abord l'*hydrothérapie*, dont on a peut-être abusé, en particulier de l'hydrothérapie froide.

Le *drap mouillé froid* est très en honneur; nous l'avons vu plusieurs fois prescrire par le Dr Comby. Leroux (1) recommande soit la *lotion froide*, soit la douche tiède d'abord, froide ensuite, suivie de friction sèche.

D'autre part, Hallopeter a traité 40 cas de chorée par les *bains chauds*, et il a obtenu des résultats satisfaisants; l'amélioration a été plus rapide que par le traitement ordinaire (2).

Brochu est également partisan des bains chauds (3).

A la suite de *massage général* combiné à des *mouvements passifs* et associé à des *bains tièdes*, Fedorow a observé une grande amélioration, en quelques jours, dans 5 cas de chorée.

En somme, il semble que l'*hydrothérapie tiède et en particulier les bains ont un effet sédatif supérieur à l'hydrothérapie froide*.

On a aussi employé l'*électricité*, Benedickt s'est servi du courant galvanique, Baguet des courants continus. Comme on pouvait s'y attendre, l'effet produit n'a pas été satisfaisant. On sait, que d'une façon générale, les applications de l'électricité ont des résultats défavorables dans toutes les affections convulsives ou spasmodiques. Nous croyons, avec M. Brissaud, qu'il faut catégori-

(1) LEROUX. *Traité des maladies de l'enfance* de GRANCHER et COMBY, 1905, t. IV, p. 371.

(2) HALLOPETER. The treatment of chorea by prolonged warm baths. *The Journ. of the Amer. med. ass. Anat. in Jahresbericht ü. N. u P.* 1904.

(3) BROCHU. Un cas de chorée grave. *Bull. méd. de Québec*, avril 1900.

quement prohiber les traitements électriques chez les choréiques.

Enfin dans ces dernières années on a pratiqué la *ponction lombaire*, d'abord dans un but de recherche, mais quelquefois aussi dans un but thérapeutique.

Bozzolo (1) ayant ponctionné quatre choréiques, a vu survenir trois améliorations sensibles. Jemma (2) aurait obtenu d'excellents résultats dans deux cas de chorée grave.

La ponction lombaire semble bien en effet avoir produit des résultats satisfaisants dans un certain nombre d'affections nerveuses, mais ces faits sont encore trop peu nombreux, pour qu'on puisse recommander une intervention qui exige une habileté technique toute particulière.

*
* *

Nous arrivons maintenant à la méthode de traitement qui nous paraît mériter la préférence. C'est celle que nous avons vu mettre en œuvre dans le service de M. le Pr Brissaud et que ce dernier préconise depuis de longues années. Elle comporte :

Le repos au lit et l'isolement ; on peut y adjoindre la *discipline psycho-motrice* (Brissaud et Meige).

Depuis longtemps, en effet, M. Brissaud a constaté l'effet sédatif du lit sur les choréiques.

De son côté, Huyghe avait signalé les excellents

(1) BOZZOLO. *Riv. crit. di Clin. med.*, vol. I, n° 14. Analyse in d. *Jahres-bericht ü. N. u. P.* 1900.

(2) JEMMA. Gênes, *Gazetta degli Ospedali e delle cliniche*, t. XII, 1901, p. 1517.

résultats obtenus par l'immobilisation dans le traitement de la chorée hystérique arythmique. Il procédait de la manière suivante : après chloroformisation incomplète, on frictionnait les membres atteints, on les plaçait dans une gouttière ouatée et on enveloppait d'une bande. Le malade restait ainsi pendant 6 à 8 jours. Cependant Huyghe ne croyait pas cette méthode applicable aux enfants atteints de chorée de Sydenham (1).

D'autre part, Blache, dans les cas de moyenne intensité, a aussi recommandé pendant la première semaine le repos au lit avec isolement ; il conseille de ne recourir aux médicaments qu'au bout de 6 semaines (2).

Baginski (3) préconisa aussi le repos au lit les premiers jours ; il conseille ensuite d'envoyer les enfants à la campagne.

Quant à la gymnastique rééducatrice, telle que MM. Brissaud, H. Meige et Feindel l'ont appliquée aux tiqueurs, Roth l'a mis en œuvre pendant 4 ans chez les choréiques. « Le médecin doit montrer lui-même au malade les mouvements qu'il doit exécuter. Il s'efforcera d'obtenir que ces mouvements se fassent automatiquement en détournant d'eux progressivement l'attention du sujet. Pour arriver à l'immobilisation de la tête, il le fait compter en fixant un objet. »

Roth institue ce traitement dès le début de la maladie dans les cas graves (4). Flatau (de Berlin) conseille à ce

(1) HUYGHE. Traitement de la chorée hystérique arythmique par l'immobilisation. *Rev. Neuro*, 1903, p. 869.

(2) BLACHE. *Clinique et thérapeutique infantile*. Rueff, 1894.

(3) BAGINSKI. Voy. BLACHE.

(4) ROTH. Uebungstherapie bei Chorea. *Zeitschrift für Diätet. u. Phy. B.* VIII, Heft, 9. p. 175. Anal. in *Jahresbericht ü. Neur. u Psychi.*, 1904.

moment de prescrire le repos au lit et c'est seulement après la disparition des symptômes graves, de la grande agitation, que l'on commence les exercices méthodiques (1).

Guthrie décrit un traitement par les mouvements forcés (2).

Schwalbe recommande, mais dans les cas sérieux seulement, le repos au lit concurremment avec les médicaments. Il conseille également l'hydrothérapie tiède ou chaude, ainsi que la gymnastique (3).

M. Comby prescrit aussi le repos au lit, mais il n'insiste pas sur l'isolement.

Enfin, tout récemment, le 4 novembre 1905, nous avons vu le Dr Marfan, à sa consultation des Enfants-Malades, donner à une fillette atteinte d'une chorée de moyenne intensité, succédant à un rhumatisme articulaire aigu, le traitement suivant qui se rapproche beaucoup de celui que prescrit M. Brissaud :

1° Repos au lit, « comme si l'enfant avait la fièvre typhoïde » ;

2° Alimentation légère : lait, œufs, farineux, très peu de viande ;

3° Une potion permettant à l'enfant de prendre 1 milligramme d'arséniate de soude par jour, et cela pendant 10 jours.

On le voit, le repos au lit, la surveillance, une gym-

(1) FLATAU. Voy. analyse de l'article de ROTU.

(2) GUTHRIE. Traité de la chorée rhumatismale. *Med. Presse and. circ.* London, 1901.

(3) SCHWALBE, *Grundriss der Pr. med.*, Stuttgart, 3^e Aufl. 1904, Seite 63.

nastique méthodique, tiennent une place de premier ordre dans le traitement de la chorée. La plupart des auteurs français et étrangers s'accordent pour donner la préférence à ces moyens thérapeutiques. C'est également sur lui que nous avons l'intention d'insister.

L'alitement et *l'isolement* sont les deux bases fondamentales de ce mode de traitement. Nous n'avons pas l'intention d'exclure systématiquement certaines médications qui paraissent avoir donné de bons résultats dans les chorées graves, rebelles aux autres prescriptions. Mais nous pensons qu'elles ne doivent être utilisées que secondairement.

N'est-il pas préférable d'essayer pour commencer un traitement qui évite l'emploi de médicaments dont plusieurs ne sont pas sans dangers ? Il sera toujours temps d'y recourir si l'on n'a pas obtenu de résultats.

Il importe d'abord de distinguer deux cas, selon que le traitement est fait à demeure ou dans une maison de santé.

Nous insisterons surtout sur son application à demeure, les mêmes conseils pouvant être mis en pratique dans la maison de santé.

*
* *

Voici sous quelle forme pourra être prescrit le traitement des jeunes choréiques :

I. ALITEMENT ET ISOLEMENT. — Il est bien évident qu'on ne peut songer à appliquer ce traitement d'une façon identique à tous les jeunes choréiques qui présentent de si notables différences dans la gravité de leurs symptômes ; aussi indiquerons-nous quatre étapes progressives auxquelles nous donnerons les titres suivants :

α) *Augmentation du séjour nocturne au lit.* — L'enfant devra se coucher tôt, très tôt (à 8 h. au plus tard), se lever tard, de manière à séjourner au lit environ 14 heures.

β) *Augmentation du séjour nocturne au lit avec alitement diurne gradué.* — Pour la nuit, comme précédemment.

Mais, en outre, l'enfant sera mis au lit après son déjeuner de midi, pendant deux heures au moins. On augmentera, s'il est besoin, tous les jours d'une heure cet alitement diurne jusqu'à un séjour au lit de 4 heures l'après-midi. L'enfant sera déshabillé ; on ne lui permettra aucun jouet, aucune lecture, il devra rester seul dans une pièce tranquille et dans la demi obscurité.

γ) *Alitement absolu avec isolement.* — L'enfant gardera le lit une quinzaine de jours ; il y prendra ses repas et il ne sera autorisé à se lever que pour ses besoins naturels. Une seule et même personne devra s'en occuper et les autres membres de sa famille n'auront le droit de le voir qu'une fois par jour et pour très peu de temps.

δ) *Alitement absolu avec isolement dans l'obscurité.* — Au traitement précédent on ajoutera l'obscurité complète, sauf au moment des repas qui se feront dans la demi obscurité. On pourrait aussi envisager, si la chose est possible, une cure photothérapique en utilisant la lumière bleue, tamisée.

Ces différentes étapes correspondent aux différents degrés d'intensité de la chorée chez les jeunes enfants. Il n'est pas inutile de les envisager en présence des difficultés que l'on rencontre dans la pratique. Mais il va sans dire, que d'une façon générale, toutes les fois que

l'on pourra recourir d'emblée à l'alitement absolu, il ne faudra pas hésiter à le prescrire, quel que soit le degré de gravité des cas. Ce qui variera alors c'est la durée de cet alitement. A cet égard, il est impossible de fixer d'avance un nombre de jours déterminé. Les progrès de l'amélioration peuvent seuls servir de guide.

Il ne faut pas se hâter de faire lever l'enfant sous prétexte que ses mouvements nerveux ont beaucoup diminué. Il faut attendre qu'ils aient complètement disparu et cela pendant plusieurs jours (8 jours environ).

Si donc l'enfant mis au lit, pendant un temps variable suivant les cas, est resté durant une huitaine, calme, et sans faire de mouvements intempestifs, on commence à le lever. Mais les « temps de lever » doivent être, eux aussi, progressifs.

On commence par le lever 1 à 2 heures dans la journée ; on augmentera d'une heure tous les jours et alors qu'il restera levé toute la journée, on veillera encore pendant quinze jours à ce qu'il fasse un séjour nocturne au lit d'environ 14 heures.

Si, au cours de ses levers, les mouvements nerveux ont tendance à reparaître, il ne faut pas hésiter à remettre l'enfant au lit absolu pendant 8 jours encore ; on reprendra ensuite les « temps de lever » progressifs comme précédemment.

Quelquefois, le seul fait d'informer l'enfant de cette décision, suffit à arrêter les mouvements qui commencent à reparaître.

II. LA DISCIPLINE PSYCHO-MOTRICE. — C'est une application de la méthode générale préconisée par MM. Bris-

saud et H. Meige, sur laquelle nous aurons d'ailleurs à revenir plus en détail à propos de tics.

Elle a surtout pour but de faire disparaître les mauvaises habitudes motrices en s'efforçant aussi de créer de bonnes habitudes.

Ses applications ne s'adressent pas seulement aux mouvements nerveux ; elles permettent de corriger les défauts de langage, les habitudes vicieuses d'alimentation, de régulariser les fonctions viscérales (1).

III. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Seront applicables à tous les cas les prescriptions générales suivantes :

Faire prendre à l'enfant deux fois par jour un *bain* à 35° de 10 minutes (Comby), ou un *tub tiède*, matin et soir (l'eau ne donnera aucune sensation de froid ni de chaud). Ces bains ou ces tubs seront suivis de *frictions générales* de la peau avec une flanelle, que l'on pourra humecter d'eau de Cologne ; mais en petite quantité. On a en effet constaté chez de jeunes enfants, après frictions avec de l'eau de Cologne employée en trop grande abondance, une véritable intoxication alcoolique pouvant conduire jusqu'au coma. Les vapeurs d'alcool sont en effet absorbées avec la plus grande facilité par les poumons et aussi par la peau. Nous avons entendu le Dr Marfan citer même un cas où un nourrisson eut un coma de ce genre à la suite d'un séjour prolongé sur le genou gauche d'une nourrice, alors qu'elle se frictionnait le droit avec de l'alcool camphré.

On surveillera l'alimentation avec soin. Elle se com-

(1) H. MEIGE et FEINDEL. Remarques cliniques thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance. *Journ. de Neuro*, 1904, p. 40.

posera principalement de lait, d'œufs, de farineux, d'un peu de viande. Le vin, le café, le thé, les alcools seront sévèrement proscrits.

Si, au bout de deux mois de ce traitement, l'intensité des mouvements n'a pas diminué sensiblement, on est autorisé à avoir recours aux médicaments.

1° On pourra faire prendre la potion suivante indiquée par Marfan :

Eau dist.....	100 cm. ³
Sirop d'éc. d'or. amères.....	50 —
Antipyrine.	3 gr.
Arséniate de soude.....:	0,01 centig.

Prendre 3 fois par jour une cuiller à café de cette potion.

2° Dans les cas réellement graves, on emploiera le traitement de Comby, par la liqueur de Boudin, dont on prendra au début 40 gr. par jour, en augmentant de 5 gr. les jours suivants, jusqu'à concurrence de 35 gr. et redescendre à 10 gr. en suivant la progression inverse. Pendant ces 11 jours, il sera veillé très attentivement à ce que l'enfant prenne du lait.

Enfin, il va sans dire, si la chorée est accompagnée de manifestations nettement rhumatismales, que l'emploi du salicylate de soude s'impose.

Que les mouvements aient disparu ou qu'ils persistent encore, il ne faudra pas négliger non plus l'état général du choréique. S'il est anémique, il sera nécessaire de la traiter, soit par la *liqueur de Fowler*, (IV gouttes par jour pendant 3 semaines, se reposer les trois semaines suivantes et refaire une nouvelle période de trois semaines), soit par le fer, en ordonnant 1 à 2 pilules par jour de :

Protoxalate de fer.....	0 gr. 07
Extrait de gentiane.....	0 — 10
Poudre de gentiane Q. S. pour 1 pilule.	

Ou bien IV gouttes de teinture de mars tartarisée.
soit enfin par une saison dans une station estivale, la
Bourboule par exemple, où les enfants, ceux des grandes
villes surtout, trouvent un air pur, frais, et une médi-
cation arsénicale naturelle appropriée à leur anémie.

*
* *

Nous apportons ici quelques observations inédites de
chorées de l'enfance que nous ferons suivre des remar-
ques auxquelles elles nous ont paru pouvoir donner lieu.

Observation I (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Pr BRISSAUD, à l'Hôtel-Dieu).

Nous avons à faire à un enfant de 10 ans, Victor M..., qui en
est à son troisième accès de chorée.

Son père, représentant de commerce, actuellement âgé de 46 ans,
s'est toujours bien porté, sauf en 1898, où il a souffert de douleurs
probablement rhumatismales localisées aux genoux ; il ne s'en est
pas ressenti depuis.

Sa mère, qui a toujours été en bonne santé, a eu quatre enfants,
tous bien portants : trois garçons âgés respectivement de 17, 14,
10 ans et une fillette qui a 7 ans.

Tous ces enfants sont nerveux, coléreux, facilement excitables.

Le deuxième a eu des cauchemars à l'âge de 5 ans. La fillette
est extrêmement pusillanime, la plus petite chose l'effraye et l'im-
pression causée par la crainte ressentie dure plusieurs heures.
Jamais elle n'irait seule la nuit dans une pièce non éclairée.

Ils sont tous intelligents.

Notre jeune malade a eu la rougeole à 2 ans, la coqueluche à 4 ans. Il n'a pas eu de convulsions dans sa première enfance.

En 1900, étant âgé de 5 ans 1/2, sa mère l'a trouvé un matin dans son lit dans la position suivante : le corps raidi entièrement, la tête rejetée en arrière, les épaules effacées, les omoplates se touchant ; il ne parlait pas. Ses yeux étaient ouverts. Il avait avec cela de la fièvre, 40 degrés. Un lavement et une purgation au calomel donnés le 2^e jour eurent raison de cette crise et il revint rapidement à lui.

Pendant une huitaine de jours il garda la tête rejetée en arrière et une certaine raideur de tout le rachis. C'est à ce moment qu'il accusa des douleurs dans les doigts, les poignets, les genoux (1).

On peut supposer qu'il s'agit là d'une infection rhumatismale avec, au début, localisation aux enveloppes cérébro-spinales et plus tard aux articulations.

En effet, pendant environ 25 jours encore, il eut de violents maux de tête et, plusieurs fois par jour, des élévations de température, atteignant 41 degrés, brusques et de courte durée.

L'ensemble de ces phénomènes morbides dura environ 7 semaines.

Un an après, vers la fin de 1901, étant âgé de 8 ans, un jour qu'il revenait de l'école, sa mère s'aperçut qu'il faisait avec les bras des mouvements désordonnés et continuels et en particulier avec le droit, le mouvement que l'on exécute lorsque l'on veut faire claquer un fouet.

Son cahier était rempli de taches et l'écriture était illisible.

Sa bouche était animée de mouvements continuels, tels que pincement des lèvres, moue à droite, à gauche, mouvements de latéralité du maxillaire inférieur.

La parole était lente, défectueuse ; le malade était comme embarrassé de sa langue.

Tous ces mouvements disparaissaient pendant le sommeil.

Les membres inférieurs furent tout à fait indemnes.

Cette première crise dura environ 4 mois ; pendant ce temps l'enfant n'alla pas à l'école et il fut traité par l'antipyrine.

(1) On lui prescrivit du salicylate de soude.

En juillet 1903, il eut une deuxième crise très violente avec mouvements désordonnés des bras, parole embarrassée. Sa maladresse était telle qu'il ne pouvait plus manger seul.

Cette fois, les membres inférieurs furent atteints au point qu'il ne pouvait plus ni marcher, tellement il s'embarrassait de ses jambes, ni rester debout sans tomber; il fallait le tenir quand il voulait uriner.

L'accès dura quatre mois, le jeune Victor fut traité à Trousseau pendant 15 jours par le pyramidon et le séjour au lit, mais il passait son temps à jouer avec les autres enfants.

Durant les trois mois et demie qui suivirent, il prit de l'anti-pyrine.

En mai 1905, sa mère le voyant très anémié, fit venir un médecin. Celui-ci conseilla d'envoyer l'enfant aux colonies de vacances.

Au commencement de juillet, troisième accès à début assez brusque.

Cette fois-ci le malade présenta encore toute une série de mouvements de la bouche analogues à ceux déjà décrits, mais il s'y ajouta un claquement de la langue fréquent, que la mère a observé pendant son séjour au lit.

Ce n'est que trois mois plus tard qu'il nous fut donné de voir le petit malade, amené par sa mère à la consultation du mercredi.

C'était un choréique type. Il vint s'asseoir en sautillant, les yeux inquiets, regardant de tous côtés. Etant assis, il haussait les épaules : son corps, sa tête changeaient de position à tout instant ; ses mains et ses doigts exécutaient comme un pianotement sur ses genoux ; ses jambes se balançaient pendant qu'il tournait ses pieds en tous sens.

Mais des renseignements intéressants nous furent fournis par l'interrogatoire de la mère. Celle-ci nous apprend, outre ce que nous avons dit plus haut, que son fils a eu, pendant un certain temps, beaucoup de difficulté à s'habiller seul, qu'il en éprouvait une encore plus grande à marcher sans être accompagné : les jambes flageolent, les pieds s'entrecroisent et s'embarrassent, et c'est à grand peine qu'il parvient à ne pas tomber.

Au lit il gesticule et frappe le mur.

Le caractère de l'enfant a, lui aussi, été touché ; pendant les accès il devient sombre, taciturne et brutal ; il bat sa jeune sœur, s'emporte à tout propos et dit de gros mots lorsqu'on le réprimande.

Chose exceptionnelle, son goût pour le travail n'a pas diminué, il lit avec plaisir, avec excès même, et il enrage de ne pas pouvoir écrire correctement.

Il arrivait quelquefois que l'enfant, pendant les repas, en particulier, restait quelques minutes la bouche ouverte, bavant, ne pouvant pas parler, puis il se remettait à manger.

Quand on lui demande de rester tranquille, il peut arrêter ses mouvements pendant un temps très court.

Le jeune Victor se sent moins vigoureux ; il soulève, avec plus de difficulté qu'autrefois, certains objets.

Nous lui trouvons un pouls arythmique, rapide. Les battements du cœur sont violents, irréguliers ; rien du côté de l'appareil respiratoire.

L'appétit est excellent, même exagéré, et il n'est pas rare de voir le jeune Victor, entre les repas, demander plusieurs fois à manger quelque chose.

Il est assez grand pour son âge, mais malingre, pâle, anémié.

Fait important, son sommeil est tranquille.

Les réflexes sont vifs, mais égaux des deux côtés.

Nous ne trouvons pas de troubles de la sensibilité, pas de traces d'anesthésie.

Le traitement suivi pendant le troisième accès a été le suivant :

Les trois premières semaines : antipyrine, puis séjour dans une colonie de vacances à Fontainebleau pendant 3 semaines.

A son retour, vers le 1^{er} septembre, l'enfant étant plus affaibli que jamais, les mouvements choréiques ayant augmenté, sa mère le conduisit à Trousseau où on lui donna un traitement qu'il suivit pendant quatre semaines.

1° Antipyrine ;

2° Enveloppement dans un drap mouillé froid, un quart d'heure chaque matin ;

3° Alitement.

Mais, durant ce séjour au lit, le jeune Victor avait continuellement près de lui une ou plusieurs personnes ; il jouait avec sa jeune sœur, se levait pour prendre ses repas et lisait beaucoup.

Il eut une hallucination nocturne il y a huit jours : il crut voir remuer ses pantoufles !

A l'hôpital on conseilla de suspendre l'antipyrine.

Tout ceci ne correspondait pas du tout au traitement préconisé par le Prof^r Brissaud. Aussi, malgré l'antipyrine, le drap mouillé, le lit, les mouvements subsistent-ils encore assez intenses trois mois et demie après le début du troisième accès.

Nous avons ordonné à la mère :

1° De maintenir la suppression de l'antipyrine ;

2° D'abandonner le drap mouillé et de le remplacer par deux tubs, un le matin et un le soir, l'eau ayant la température du corps, c'est-à-dire ne donnant ni la sensation du froid, ni celle du chaud ;

3° D'exiger le repos absolu au lit, les repas devront y être pris, avec autorisation de ne se lever que pour satisfaire à ses besoins naturels, enfin de maintenir la pièce dans l'obscurité aussi complète que possible ;

4° De tenir l'enfant isolé ; sa mère seule doit s'occuper de lui, et de ne permettre aux autres membres de la famille d'aller voir le petit malade qu'une fois par jour et pendant un temps très court ;

5° De donner une alimentation abondante : lait, œufs, farineux, peu de viande, éviter le thé, le café, le vin.

Quinze jours après, la mère nous ramène son fils comme nous le lui avions demandé. Elle nous raconte qu'elle lui fit suivre pendant huit jours le traitement prescrit, dans toute sa rigueur. *Dès le 5^e jour, l'enfant ne remuait plus.* A partir du 8^e, il resta levé de 9 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir. L'écriture était redevenue normale, les mouvements avaient complètement disparu, mais ils revinrent peu à peu à dater du 11^e, sans cependant atteindre la même intensité qu'auparavant.

La mère nous rapporte, en outre, que pendant son séjour au lit, il urina deux fois sans s'en apercevoir, et qu'il eut le matin même un engourdissement du bras et un embarras de la langue accompagné de salivation.

Nous nous sommes demandés, en rapprochant ces différents phénomènes de l'absence signalée plus haut, si le malade ne serait pas atteint, en même temps que de chorée, de mal comitial, et nous sommes enquis pour savoir si l'enfant s'était senti plus fatigué, soit après ses incontinenances d'urine, soit après ces sortes d'absence, s'il avait levé les yeux pendant ces dernières; enfin, s'il s'était mordu la langue. Il nous fut répondu négativement.

La tachycardie persistait toujours. Nous renvoyons la mère en lui recommandant de mettre de suite son fils au lit pendant quatre jours et, si les mouvements ont disparu après ce temps, de permettre à l'enfant de se lever. Mais si, comme précédemment, les mouvements réapparaissent au bout de quelques jours, de faire reprendre à nouveau le repos au lit.

Nous avons revu le jeune Victor au bout d'une deuxième période de quinze jours, au cours de laquelle le traitement fut suivi d'une manière très rigoureuse. Après quatre jours de lit avec isolement, et trois jours de vie normale, les mouvements qui avaient disparu, s'étant manifestés à nouveau légèrement, la mère remit son fils au lit pendant trois jours. Il y avait quatre jours qu'il s'était levé quand nous avons présenté l'enfant à la consultation du Prof^r Brissaud. On a pu constater cette fois-ci une guérison presque complète. Les mouvements choréiques avaient disparu tout à fait pendant le repos, mais on en constatait cependant encore quelques-uns lors des mouvements volontaires.

Le caractère était meilleur. L'écriture était normale. L'état général s'était sensiblement amélioré. L'enfant avait meilleure mine, quoique encore assez pâle, ce qui détermina le Prof^r Brissaud à lui donner VI gouttes de liqueur de Fowler par jour pendant un mois.

Cette observation donne lieu à plusieurs remarques pathogéniques et thérapeutiques. Nous constatons :

1° Que nous retrouvons chez les frères et sœurs des phénomènes psychiques analogues à ceux présentés par le malade ;

2° Que parmi les antécédents personnels figure un

rhumatisme articulaire aigu et que celui-ci paraît avoir eu une localisation méningée ;

3° Que les premiers phénomènes caractéristiques de la chorée n'apparurent que longtemps après cette infection rhumatismale et qu'il n'y a peut-être pas lieu de voir entre celle-ci et celle-là une relation étiologique certaine ;

4° Que, d'après les parents, les crises de chorée débutent presque toujours tout d'un coup. Cependant, il y a peu de maladies présentant un début plus insidieux ; le changement de caractère, l'apparition des premiers mouvements, la maladresse même peuvent passer inaperçues. Il faut que ces phénomènes soient devenus très intenses pour que les parents les remarquent.

Au point de vue thérapeutique, nous devons constater le peu de succès du traitement médicamenteux et au contraire les résultats décisifs et rapides obtenus grâce à l'alitement et à l'isolement conseillés par M. le Prof^r Brissaud.

Nous voyons encore l'intérêt qu'il y a dès la réapparition des mouvements, à reprendre tout de suite ce mode de traitement.

Observation II (Inédite). — Communiquée par MM. Henry MEIGE et E. FEINDEL.

(Recueillie dans le service de M. le P^r BRISAUD, à l'Hôtel-Dieu).

Jeanne L. . . , 48 ans, couturière, entrée salle Sainte-Madeleine, le 17 novembre 1905.

Lorsque la malade se présenta à la consultation du mercredi, ce qui frappa dès l'abord, fut son instabilité. Pendant qu'on l'interrogeait, elle se tenait debout, remuant sans cesse, tantôt sur une jambe,

tantôt sur l'autre, chiffonnant sa robe ou arrangeant ses cheveux, grimaçant à tous propos.

Elle parle avec un blésiment très accentué. Ce trouble de la parole date de l'enfance ; mais il s'est accentué depuis une époque déjà lointaine où, certaines personnes, amusées par cette façon de parler, lui donnaient deux sous chaque fois qu'elle parlait de la sorte.

Les premiers mouvements ont apparu il y a 4 ans, en mars 1898.

Au dire de la mère, ils auraient été déterminés par une peur : une tante lui ayant montré une tête de mort. Les « mouvements nerveux » ont subi, paraît-il, une recrudescence 15 jours après, au moment de la naissance d'un frère. Ce fut, en effet, l'occasion de disputes avec la mère, celle-ci ne voulant pas lui permettre de porter l'enfant.

Cette première crise s'est terminée en juin 1898, ne laissant absolument aucune trace. Elle fut traitée par l'ipéca à dose vomitive, tous les jours pendant 3 mois.

Elle eut une deuxième atteinte en juillet 1899, il y a 3 ans. Celle-ci ne dura que 8 jours. Les mouvements étaient localisés au bras gauche.

En août 1900, pendant 8 jours encore, elle eut quelques mouvements toujours localisés au même bras.

Une quatrième fois, en septembre 1901, elle eut une petite crise de 4 jours.

En avril 1902, elle fut opérée d'appendicite par le D^r Lucas-Championnière, et en août elle reprit son travail.

A ce moment, les « mouvements nerveux » apparurent de nouveau, d'abord localisés au bras gauche, puis étendus au côté opposé et aux membres inférieurs. Depuis cette époque, elle n'est pas restée un seul jour, une seule heure sans remuer, excepté toutefois pendant le sommeil.

Les mouvements présentent cette particularité, d'être restés toujours à peu près les mêmes.

Dans l'intervalle de ses accès, l'enfant était absolument calme.

Jeanne n'a jamais eu ni convulsions, ni maladies fébriles ; enfin, nous ne trouvons de rhumatisme à aucun moment de sa vie ; mais

simplement des adénites strumeuses qui furent incisées à l'âge de 5 ans.

Pendant toute son enfance elle fut très coléreuse, à l'école elle battait ses camarades à tout propos. Mais son caractère s'est aigri au moment où sa mère se remaria. Jeanne devint grincheuse, pleurarde, se disputa avec elle pour des futilités.

Antécédents héréditaires paternels. — On ne trouve que de la tuberculose, le père est mort de la poitrine à 28 ans. Le grand-père, une tante, un oncle sont morts vraisemblablement aussi tuberculeux. Il n'est pas fait mention de troubles nerveux.

Antécédents maternels. — La mère, âgée actuellement de 39 ans, est bien portante. C'est une femme très irritable, mais qui ne présente pas d'accidents névropathiques.

On retrouve également la tuberculose chez les collatéraux maternels : une sœur est morte de cette maladie et sa fille en est actuellement atteinte.

La mère de notre malade s'est mariée deux fois. Elle a eu de son premier mariage : 1° un fils âgé actuellement de 19 ans, exerçant la profession de mécanicien, bien portant ; 2° Jeanne, notre malade ; 3° une fille, 16 ans, bien portante également ; 4° une fille morte en bas-âge.

De son deuxième mariage, un fils, 5 ans 1/2, bien portant.

Dès son entrée dans le service la malade fut *mise au lit*, isolée des autres malades par un paravent. Elle fut très surveillée.

Peu à peu son agitation a diminué et au bout de 6 semaines elle a quitté l'hôpital absolument calme.

Dans cette observation, nous relevons les points suivants :

1° L'absence du rhumatisme. Celui-ci n'a pas précédé l'apparition des mouvements nerveux.

2° On constatera l'importance du rôle de l'émotion, de la peur et de la contrariété dans l'apparition des crises.

3° On remarquera l'influence néfaste des parents, de l'entourage, sur la blésité de l'enfant ; loin de chercher

à faire disparaître ce défaut, en l'obligeant à rectifier ses fautes, on les encourageait par des récompenses.

Rien n'eut été plus facile cependant que de lui faire perdre cette mauvaise habitude, car elle était parfaitement capable d'articuler correctement chaque fois qu'elle s'en donnait la peine. Il suffisait de lui commander de parler, en évitant de mettre la pointe de la langue entre ses dents, pour que sa parole devint correcte.

4° S'agit-il vraiment d'un cas de chorée de Sydenham ?

L'absence de phénomènes rhumatismaux ne suffit pas pour éliminer ce diagnostic, car, d'autre part, l'évolution de la maladie, avec ses rémissions et ses rechutes successives rappelle celle de la chorée de Sydenham, comme aussi la prédominance unilatérale des mouvements nerveux.

5° Nous insisterons particulièrement sur le bon résultat obtenu par le *repos au lit* avec isolement relatif.

Voici maintenant les observations de *quatre choréiques, frères et sœurs*, qui furent soignés dans le service de M. le Pr Brissaud, à l'Hôtel-Dieu. Nous avons pu suivre de près ces malades, qui ont fait l'objet d'une présentation à la *Société de neurologie* de Paris par MM. Brissaud, Rathery et Bauer (séance du 2 mars 1905).

Observation III (personnelle).

Il s'agit d'une *famille de choréiques*, composée de quatre enfants.

1^{er} choréique. — Le premier atteint est la fille aînée, Claire F., âgée actuellement de 17 ans, entrée le 15 février 1905, salle Sainte-Madeleine.

C'est à l'âge de 7 ans, après une peur, qu'elle eut pour la première fois la chorée. La crise cessa après trois mois de traitement par l'antipyrine, les douches, le bromure de potassium. La maladie réapparut un mois après, plus violente que précédemment, elle dura 6 mois.

Pendant ce temps, la malade pouvait à peine parler, elle bavait sans cesse, était incapable de manger seule, avait de grandes difficultés à marcher et souvent faisait des bonds pendant la marche.

A 12 ans 1/2, Claire est prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu (1 mois 1/2) qui est suivie d'une nouvelle attaque de chorée ; celle-ci ne cesse qu'à 15 ans 1/2, à la puberté.

En octobre dernier, à 17 ans, Claire est atteinte à nouveau d'une attaque de rhumatisme aigu, polyarticulaire (2 mois) suivie d'une crise de chorée qui persiste encore aujourd'hui. Elle présente actuellement des mouvements involontaires ayant tous les caractères de la chorée de Sydenham : mouvements incessants des doigts et de la main, soulèvement fréquent des épaules, mouvements de la tête et des membres inférieurs, instabilité des muscles des globes oculaires et de la langue.

Les reflexes tendineux et cutanés sont normaux.

On ne trouve pas de troubles de la sensibilité (tact, douleur), pas de zones hystérogènes, pas de dyschromatopsie, ni de rétrécissement du champ visuel.

Elle n'a pas non plus d'anesthésie, ni de la pituitaire, ni des conjonctives.

Par contre il y a anesthésie pharyngée complète.

Elle n'a jamais eu de crises nerveuses.

Elle a un souffle mitral.

Les signes de dégénérescence sont assez nombreux : psychisme atténué, développement anormal des seins, soudure du lobule de l'oreille, faciès de dégénérée, le système pileux est à peine développé au pubis, pas du tout aux aisselles.

Le traitement prescrit fut le *repos au lit avec isolement relatif*, qui a été assez bien observé. Aussi le 1^{er} mars, la malade est-elle beaucoup plus calme que lors de son entrée. Elle peut garder l'immobilité presque parfaite pendant quelques instants.

Le 15 mars, elle quitte l'hôpital très améliorée ; les mouvements ont disparu.

2^e choréique. — Le 2^e enfant atteint, Adolphe, est actuellement âgé de 10 ans. Il eut une première crise à 8 ans, au moment où sa sœur était elle-même malade, cette crise a duré 3 mois. Il en eut une deuxième en juillet dernier, à 10 ans, qui a guéri complètement après trois mois également.

3^e choréique. — La 3^e enfant, Constance, âgée de 12 ans 1/2, a la chorée depuis octobre 1904 ; en décembre elle semblait guérir, mais les mouvements choréiques reprirent de plus belle après Noël, tant avait été vive la joie de recevoir des cadeaux. Cette petite malade est en voie d'amélioration, bien qu'elle ait encore manifestation des mouvements involontaires des membres supérieurs et de la face.

4^e choréique. — Enfin, il y a en ce moment dans le service, le 4^e enfant, Christophle, âgé de 15 ans, qui, indemne jusqu'en janvier dernier, a été pris d'une attaque de chorée assez violente pour entraver son travail. Il raconte qu'au moment où ces mouvements ont commencé, il travaillait en compagnie d'un homme ayant un mouvement convulsif des muscles de la face, probablement un tic ; il y aurait peut-être une certaine part d'imitation dans l'étiologie de sa chorée. Les premiers mouvements, en effet, furent localisés principalement à la face et un peu aux mains et aux jambes, mais ils persistaient pendant son travail.

L'enfant est aussi un dégénéré, malgré qu'il soit intelligent et travailleur ; il a en effet quelques stigmates de dégénérescence : dents d'Hutchinson, palais ogival, strabisme convergent, leucome sur le globe oculaire gauche.

Comme sa sœur il fut mis au lit dès son entrée à Saint-Charles.

Au bout de quinze jours les mouvements avaient complètement disparu et, si dans la suite, les progrès furent peu sensibles, c'est qu'il était très difficile d'empêcher le malade de se lever et de se distraire dans cette salle de 35 malades. Quant à faire de l'isolement, il était inutile d'y songer.

Un point particulier mérite d'être signalé dans les antécédents héréditaires de cette famille : un oncle du côté maternel a eu, vers

l'âge de 15 ans, une forte crise de chorée qui aurait incomplètement guéri, car il présente encore aujourd'hui quelques mouvements involontaires des membres inférieurs.

Les conclusions de la présentation de MM. Brissaud, Rathery et Bauer, furent :

« L'affection dont sont atteints ces enfants, ne nous semble devoir être considérée ni comme une chorée d'Huntington, ni comme de la vraie chorée hystérique ; de par ses symptômes elle rentre dans le cadre de la chorée de Sydenham, qui se présente sous forme épidémique (G. Sée, Herrington) et avec une hérédité similaire. »

Nous ferons ressortir, pour notre part, l'heureuse influence de l'alitement, surtout chez le premier et le quatrième malade. Et il ne nous paraît pas douteux que si l'isolement avait pu être pratiqué de façon plus rigoureuse, les résultats eussent été encore plus satisfaisants.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES TICS

Il n'y a pas très longtemps encore, les tics étaient considérés comme rebelles à tout traitement.

On a naturellement essayé de leur appliquer toutes les médications sédatives et calmantes employées contre les affections nerveuses.

D'abord les agents médicamenteux tels que les bromures, la valériane, dont l'administration est presque toujours demeurée sans effets.

On a essayé aussi la morphine, la cocaïne, l'éther, mais leur action est à peu près nulle et en tous cas exclusivement passagère. Elle présente de plus un grave inconvénient chez les tiqueurs, particulièrement aptes à prendre des habitudes mauvaises, c'est de les exposer à devenir morphinomanes, éthéromanes, cocaïnomanes.

On a usé ensuite et même abusé de l'hydrothérapie froide : douches, drap mouillé. Son action est *nulle*, quand elle n'est pas excitante. Cette hydrothérapie froide a le grand désavantage de ne pas convenir à tous les tempéraments, d'être mal acceptée et redoutée de beaucoup d'enfants.

Comme on pouvait s'y attendre, du moment qu'il s'agissait d'une maladie à traitement inconnu, le massage et l'électricité ont été préconisés ; ce n'est d'ailleurs

pas uniquement la faute des spécialistes, mais bien souvent celle des malades eux-mêmes qui réclament avec insistance ce genre de traitement. Si on a pu noter quelques résultats favorables, ils sont dus, comme dans certaines autres maladies, surtout à une influence psychique.

Certains tiqueurs, en particulier ceux qui sont atteints de torticolis mental, se sont appliqués à eux-mêmes un traitement orthopédique, sous forme de carcans, de cols, d'appareils de toute sorte, qui, sans faire disparaître les mouvements visés, sont bien souvent la cause de mouvements surajoutés. Mais nous ne nous arrêterons pas à ces cas-là, le torticolis mental, en effet, est une variété de tics qui, jusqu'à ce jour, n'a jamais été observée dans l'enfance.

C'est seulement pour mémoire que nous rappellerons le traitement chirurgical employé également contre le torticolis mental. Le Prof. Brissaud en a justement fait ressortir non seulement l'inutilité, mais encore les dangers (1).

Incomparablement plus efficaces sont les moyens thérapeutiques qui ont pour objectif de corriger les actes moteurs intempestifs par le contrôle de la volonté.

« Les procédés de traitement véritablement efficaces sont ceux qui, rationnellement institués, tendent à obtenir une régularisation méthodique des actes psychomoteurs, en s'appuyant sur l'éducation motrice combinée

(1) BRISSAUD. Contre le trait. chirurgic. du torticolis mental. *Rev. Neuro.*, 30 janv. 1897.

à la psychothérapie ; on peut y adjoindre l'isolement et l'alitement » (1).

Le Prof^r Brissaud les a indiqués en 1893 à propos du torticolis mental. MM. Henry Meige et Feindel en ont fait des applications heureuses et en ont précisé les détails.

C'est une *discipline médicale de l'immobilisation et des mouvements* qui comprend la combinaison de deux procédés :

1^o *Immobilisation des mouvements ;*

2^o *Mouvements d'immobilisation.*

« Le premier est un entraînement à conserver l'immobilité pendant un temps progressivement croissant, le second apprend à régulariser tous les gestes en remplaçant les mouvements involontaires, incorrects et intempestifs par des mouvements voulus, corrects, opportuns ».

Pendant les premiers jours, le médecin surveillera lui-même ces exercices ; son but sera d'obtenir une immobilité tous les jours un peu plus longue et une plus grande correction dans l'exécution des mouvements commandés.

MM. Brissaud et H. Meige ont donné à cette méthode générale le nom de *discipline psycho-motrice*.

« A l'inverse des méthodes d'éducation physique, qui ont pour objectif de transformer des actes *voulus* en actes automatiques, la discipline psycho-motrice tend à supprimer ces actes automatiques et à développer le pouvoir frénateur et correcteur des centres supérieurs. »

Mais le plus souvent il ne suffit pas d'indiquer aux

(1) H. MEIGE, *Tics* (Monographie n^o 42), p. 36.

tiqueurs ce qu'ils ne doivent pas faire, car même s'ils tentent de remédier à leurs défauts, leur volonté trop faible ne leur permet pas d'y parvenir, et ils se découragent très vite.

On sait que la volonté a une action inhibitrice sur les tics : ce fait a une grande importance, car « c'est précisément *l'insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté* chez les tiqueurs qui constitue leur principale imperfection mentale » (1).

C'est donc contre cette insuffisance qu'il faudra lutter.

« Comme les enfants, ils ont besoin d'éducateurs. Il faut que le sujet prenne ou reprenne l'habitude d'exercer un contrôle efficace sur tous ses mouvements ; il faut donc multiplier les occasions de lui faire *penser un acte* et exécuter l'acte pensé, sans perdre de vue le but à atteindre. Il faut exiger de lui des efforts volontaires constants, toujours nouveaux, capables d'inhiber les actes moteurs intempestifs, capables aussi de créer des actes moteurs corrects. C'est ainsi que l'on parvient à développer et à perfectionner son activité psycho-motrice. Le malade doit donc faire un *effort personnel* et maintes fois le répéter. On ne doit pas le considérer comme un patient passif, se bornant à exécuter les ordres donnés, mais comme un élève auquel on apprend à bien penser pour bien agir ; c'est un *collaborateur* avec lequel on travaille à l'œuvre de la guérison » (2).

Les parents seront chargés de faire exécuter chez eux, et plusieurs fois par jour, les exercices que le médecin aura fait faire à l'enfant pendant la dernière séance.

(1) H. MEIGE et FEINDEL. *Tics et trait.*, p. 400.

(2) H. MEIGE. *Tics*, Monographie 42), p. 37-38.

Malheureusement, malgré toute leur bonne volonté, malgré une surveillance incessante, il est des positions et des mouvements vicieux qu'ils ne verront pas et quand bien même ils les remarqueraient, ils seraient le plus souvent incapables d'en faire convenir l'enfant.

Rien ne serait donc plus utile, dans ces exercices, que d'employer un procédé permettant au petit malade de voir lui-même, de ses propres yeux, les incorrections de ses gestes et de ses attitudes.

Le procédé du *contrôle par le miroir* conseillé par M. H. Meige (1) remplit ce but.

On procède de la façon suivante : le malade est placé devant une glace pendant qu'il exécute des mouvements méthodiques ou qu'il garde l'immobilité complète. « Le miroir est un maître impeccable, inexorable : il ne laisse passer aucune faute inaperçue. Les renseignements erronés que possède le sujet sur ses anomalies de l'attitude ou du geste sont toujours et immédiatement complétés par la vue de son image ; il apprend beaucoup plus vite à corriger ses erreurs. Il prend l'habitude de faire cette correction devant le miroir d'abord ; progressivement elle lui devient de plus en plus facile. Puis il essaye de répéter les mouvements correcteurs qu'il faisait devant le miroir, lorsqu'il n'est plus devant lui. L'habitude prise lui facilite cette tâche et les progrès en sont notablement accrus ».

Pour rendre plus efficace le contrôle des gestes et des attitudes, M. H. Meige recommande de tracer sur le miroir deux lignes, l'une verticale, l'autre horizontale.

(1) H. MEIGE. La correction des tics par le contrôle du miroir. *Congrès de Grenoble, 1902. Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 oct. 1902.

placées de telle façon que le sujet, étant assis devant la glace, ses deux pupilles se trouvent sur la même ligne horizontale, la ligne verticale coupant l'image de la face en deux parties égales, droite et gauche. De la sorte toute déviation d'une partie quelconque du visage est facilement aperçue (H. Meige, communication orale).

La méthode que nous venons de rappeler s'applique au traitement des tics en général. Il nous a paru nécessaire, en présence des conditions variables suivant lesquelles se montrent les tiqueurs et les tics, différences *d'âges, de formes, de gravité*, d'envisager l'opportunité suivant les cas de tels ou tels modes de traitement : la discipline psycho-motrice, l'alitement ou l'isolement. En effet, il peut y avoir avantage à commencer tantôt par l'une, tantôt par l'autre de ces méthodes, quitte à les employer ou à les combiner ultérieurement.

Ici, nous croyons plus démonstratif de rapporter un certain nombre d'observations, accompagnées de résultats et de commentaires thérapeutiques. Nous les avons choisies de telle sorte qu'elles peuvent servir de guide pour les différentes variétés et les différents degrés de tics que l'on observe le plus communément.

Observation IV (Inédite). — Communiquée par M. H. MEIGE

22 novembre 1904. — D. . . , enfant de 9 ans 1/2, grand, fort, de bonne santé générale.

Il est atteint de tics multiples de la face et des membres supérieurs, qui ont commencé il y a quelques mois seulement, mais se sont accentués assez vite. Depuis 15 jours surtout les grimaces du visage, les mouvements de rotation de la tête sont beaucoup plus

violents : en outre, il existe des secousses très brusques des deux bras simultanément et du tronc. Il y a aussi des mouvements intempestifs d'ouverture et de fermeture des doigts. Enfin, un bruit laryngé et pharyngé, que l'enfant fait très brusquement, surtout le matin dans son lit lorsqu'il est éveillé. Pas le moindre mouvement pendant le sommeil.

L'enfant est peu travailleur, très léger, indiscipliné.

Père nerveux, agité, émotif.

Mère bien portante, calme.

Trois autres fils âgés : l'aîné a eu autrefois des abcès de l'oreille, causés par des grattages intempestifs avec un manche de porte-plume.

Un frère du père est onychophage.

L'enfant a été soumis au traitement méthodique, par les exercices d'immobilisation et de mouvements devant le miroir, sous la surveillance des parents.

15 décembre 1904. Lettre des parents « il continue ses exercices très régulièrement et à part le bruit de la gorge, qu'il fait encore, les autres mouvements nerveux diminuent réellement ».

27 janvier 1905. L'enfant ayant un léger rhume, il est conseillé de suspendre les exercices mais de le laisser au lit.

4 février 1905. Le rhume en question était le prélude d'une coqueluche, l'enfant est maintenu au lit, son état nerveux est meilleur, et il ne fait presque pas de grimaces.

La coqueluche s'est terminée normalement et l'enfant maintenu au lit un certain temps encore, a cessé presque complètement tout mouvement nerveux.

Dans leur livre sur les tics, H. Meige et E. Feindel citent un cas analogue :

M. . . , tiqueur de la face et de la tête, s'étant cassé la jambe, cessa de tiquer pendant toute la durée de l'immobilisation de son membre inférieur, après la guérison ses tics réapparurent.

Observation V (Inédite). — Communiquée par M. H. MEIGE.

Le jeune F. . . , âgé de 9 ans $1/2$, est atteint, depuis 2 ans bientôt, de tics du visage, de la tête et des épaules (18 décembre 1905).

Ces tics ont commencé par de légères grimaces, des clignements d'yeux, puis sont survenus des mouvements de tête, secousses brusques à droite ou à gauche, et des haussements d'épaules. Ils ont traversé des alternatives diverses, tantôt plus accentués, tantôt s'atténuant.

Pour le tic des lèvres, la cause peut être attribuée à la très mauvaise dentition de l'enfant, et surtout aux appareils prothétiques qu'on lui fait porter : deux appareils distincts, l'un pour la mâchoire inférieure, l'autre pour la mâchoire supérieure ; ce dernier est de date récente et les tics de la bouche se sont notablement aggravés depuis lors : l'enfant ne cesse de frotter ses lèvres contre la pièce métallique.

Comme tous les tiqueurs, il est doué d'une sensibilité subjective exagérée ; le moindre contact anormal provoque chez lui des réactions motrices excessives. C'est ainsi qu'il déclare lui-même ne pouvoir supporter la moindre gêne dans les emmanchures de ses vêtements, la moindre pression autour de son cou ; il porte un col marin largement ouvert ; mais ce col, en toile, est un peu raide ; à la plus minime pression, l'enfant exécute avec sa tête et son cou des mouvements de défense, assurément excessifs et déplacés.

Il est d'ailleurs capable, lorsqu'il y porte attention, de maîtriser ses tics et de rester quelque temps complètement tranquille. Il ne fait aucun mouvement anormal pendant le sommeil. Indépendamment de ses tics, à l'ordinaire, il est remuant, bavard. Il est surtout extrêmement gâté, étant fils unique. Ses parents ne semblent pas avoir compris toute l'importance qu'il y avait à le corriger de ses grimaces. La mère en entrevoit bien la nécessité, mais se trouve à cet égard en désaccord avec le père, chose fréquente dans les familles des tiqueurs.

Au demeurant, l'enfant est d'une bonne santé, bien développé pour son âge ; il n'a jamais été malade.

La mère a constaté que chaque fois que l'enfant était mis au repos, ses tics s'atténuaient. Elle rappelle même ce fait intéressant : l'année dernière il a eu la rougeole et il est resté au lit pendant une quinzaine de jours environ : ses tics avaient complètement disparu ; ils n'ont commencé à reparaitre qu'assez longtemps après le séjour au lit.

REMARQUES. — Voilà une observation banale de petit tiqueur. Il faut cependant retenir un détail : c'est l'influence provocatrice que peuvent avoir les appareils de prothèse dentaire.

On sait que les jeunes tiqueurs, en tant que dégénérés, présentent souvent des anomalies d'implantation des dents, et l'on s'explique que les dentistes cherchent à corriger ces implantations vicieuses à l'aide d'appareils de redressement. Cependant, il y a lieu de se demander si l'emploi de ces appareils n'est pas contre-indiqué dans certains cas. La gêne qu'ils causent, provoque des mouvements incessants des lèvres et de la langue, et chacun de ces mouvements peut devenir un tic qui persiste alors même que l'appareil a été supprimé. Il importe donc de choisir entre des déformations dentaires, disgracieuses assurément, mais qui quelquefois s'atténuent spontanément avec les années, et, d'autre part, l'infirmité plus disgracieuse encore qu'est un tic des lèvres, créé parfois de toute pièce par le port d'un appareil. Les parents seuls peuvent faire ce choix. Il est du devoir du médecin de les avertir des conséquences possibles de ce mode d'orthopédie. Il faut, en tout cas, leur recommander un redoublement de surveillance, car ils peuvent mener de front la cure orthopédique et la prophylaxie des tics, s'ils sont suffisamment attentifs.

Dans le cas actuel, un autre fait est à retenir, c'est l'*effet sédatif* produit sur les tics par le séjour au lit de l'enfant à l'occasion d'une maladie intercurrente.

L'infection n'a joué qu'un rôle secondaire dans la disparition passagère des mouvements nerveux ; c'est le *séjour au lit* qui a produit ce résultat. Des faits du même genre ont été maintes fois relevés dans les antécédents des jeunes tiqueurs. Ils sont tous favorables à l'emploi de l'*alitement*.

Voici le traitement conseillé à ce petit malade :

En attendant que l'enfant puisse être soumis à une discipline et à une gymnastique méthodiques pendant un mois ou deux, il est nécessaire de recourir au traitement par le repos au lit.

Ce traitement doit être gradué de la façon suivante :

On commencera par augmenter notablement la durée du séjour nocturne au lit ; cette durée sera d'au moins 12 heures ; l'enfant se couchera à 8 heures au plus tard, pour se lever à 8 heures du matin. Si l'amélioration ne survient pas au bout de huit jours, il sera nécessaire d'augmenter de 2 en 2 heures cette durée du séjour nocturne au lit, jusqu'à 14, 16 heures.

Ou bien, en maintenant la dose de 12 heures de lit pendant la nuit, on ajoutera 2 heures de lit dans la journée, après le déjeuner, de 1 heure à 3 heures. S'il est nécessaire on prolongera le séjour au lit diurne de 1 à 2 heures.

Si malgré ces prescriptions les mouvements nerveux persistent, il ne faut pas hésiter à *mettre l'enfant au lit d'une façon absolue nuit et jour, sans occupation et dans la demi-obscurité.*

Ce traitement sera prolongé pendant 8, 10 et même 15 jours, jusqu'à disparition complète des tics.

On commencera alors à lever l'enfant pendant des temps de durée croissante, 2 h., 4 h., 6 h., etc. S'il fait mine de tiquer de nouveau, on le remettra au lit absolu pendant deux ou trois jours, puis on recommencera les levées progressives. Par la suite, chaque fois que l'enfant aura tendance à se montrer plus agité et plus nerveux, on aura soin d'augmenter les rations du lit, en le faisant coucher de meilleure heure ; et s'il est nécessaire, on lui fera passer, de temps à autre, un jour ou deux complets dans son lit. Quand ce traitement est appliqué strictement, ses bons effets sont presque certains. Les durées de séjour au lit, qui doivent être assez prolongées au début, peuvent être, par la suite, notablement réduites, tout en procurant les mêmes bons résultats.

*
* *

Il résulte de ces observations :

1° Qu'il est possible d'obtenir des résultats par la

discipline psycho-motrice chez un enfant ayant moins de dix ans (observation n° 4) ;

2° Que, d'autre part, l'alitement absolu peut en donner d'aussi satisfaisants.

Il a fallu il est vrai, dans nos cas, des circonstances fortuites, pour qu'on fut amené à employer ce dernier traitement.

Nous nous trouvons donc en présence de deux procédés, amenant l'un et l'autre à de bons résultats, dans un temps sensiblement égal.

L'un d'eux est simple, facile à appliquer, à la portée de tout le monde ; l'autre demande plus d'attention, semble souvent trop astreignant aux yeux des parents et nécessite de la part du médecin une compétence spéciale. Il est d'autant plus difficile à appliquer que les enfants sont plus jeunes.

*
* *

Dans quelles conditions donnera-t-on la préférence à l'une ou à l'autre méthode ?

Si après examen de l'enfant et interrogatoire prolongé des parents, on se rend compte que le premier est trop inattentif ou trop discipliné, ou bien que les seconds sont trop faibles pour exercer une surveillance efficace, ou enfin si aucun médecin, ayant la pratique de la discipline psycho-motrice, ne peut prendre la direction du traitement, dans ce cas-là, il faut recourir à *l'alitement* et tout ce que nous avons dit pour les jeunes choréiques est ici applicable aux jeunes tiqueurs.

Dans la pratique hospitalière, si l'on a à faire à des parents qui n'ont pas les loisirs nécessaires pour con-

sacrer à leur enfant un temps suffisant, cette méthode est appelée à rendre de grands services.

Si, au contraire, on se trouve en présence d'un enfant intelligent, discipliné, si les parents semblent aptes à exercer la surveillance qu'on leur demande, si enfin une direction médicale compétente peut être utilisée, alors il y a tout avantage à employer immédiatement la discipline psycho-motrice. Il est bon en effet d'habituer l'enfant de bonne heure à exercer lui-même un contrôle attentif de ses actes. Il n'est pas plus difficile de lui apprendre à rester tranquille et à exécuter des mouvements corrects, que de lui enseigner une gymnastique sportive, ou un art d'agrément, tel que la danse ou le jeu du piano. Et c'est tout bénéfice pour lui que d'être tenu de bonne heure à un entraînement méthodique, au calme et à la pondération. Il y gagnera autant au point de vue mental qu'au point de vue physique.

Enfin il est des cas où il peut être avantageux de recourir à l'emploi simultané de ces deux modes de traitement. Suivant les circonstances, on alternera la période d'alitement absolue avec l'emploi de la discipline psycho-motrice.

Mais dans tous les cas, il est indispensable de recommander aux parents des jeunes tiqueurs qu'ils laissent ceux-ci au lit le plus longtemps possible, au moins 12 heures par jour.

*
* *

Voici maintenant l'histoire d'un tiqueur plus âgé et le traitement qu'il convient de recommander dans les cas du même genre.

Observation VI (Inédite). — Communiquée par H. MEIGE.

Pierre C..., âgé de 13 ans, est venu le 23 décembre 1903 à la consultation du Pr Brissaud à l'Hôtel-Dieu. Il est atteint depuis l'année dernière de *mouvements nerveux* qui s'accompagnent de *bruits respiratoires et vocaux*.

Au début, il passait fréquemment la main sur sa tête, battait souvent de la paupière et poussait une sorte d'aboïement.

Puis il s'est mis à faire une série d'oscillations de la tête, toujours accompagnées de projections d'air, sous forme d'éternuements ou d'aboïements. Ces derniers se répétaient avec une fréquence et une intensité telle « qu'il en perdait le souffle », dit son père.

Plus tard, il se frottait le front avec son chapeau et enfin il crachotait.

Ces phénomènes se produisirent bientôt d'une façon presque constante pendant la journée ; lorsqu'il était occupé ou distrait, il éternuait moins fréquemment.

La nuit, aucun mouvement anormal, sommeil tranquille.

Pas de maux de tête, pas de crise convulsive, ni perte de connaissance, aucun trouble de la sensibilité, de la réflexivité.

L'enfant, intelligent, travaille bien à l'école.

Outre ces accidents nerveux qui certainement peuvent être considérés comme des tics, il présente aussi un phénomène curieux, d'ailleurs fréquent chez les tiqueurs, c'est la *parole automatique*, à voix basse, sorte d'*auto-écholalie*. Il murmure, fréquemment et sans raisons, des phrases telles que : « faut pas dire, faut pas dire ». Parfois ces mots sont sussurrés assez nettement pour qu'on puisse les entendre, d'autres fois il ne fait que le mouvement des lèvres. Il lui est arrivé aussi de prononcer distinctement au moment des crises les plus violentes, des mots sans suite, à haute voix.

Il a aussi des gestes fréquents, chez les douteurs, des hésitations pour porter un verre ou une cuillère à sa bouche.

Voici les conseils qui ont été donnés au père de l'enfant : rester une huitaine de jours à Paris, afin de revoir le petit malade à quelques jours de distance.

Déjà, lors de son arrivée, ses crises, ses mouvements des bras et de tête avaient disparu spontanément : la nouveauté de Paris, les distractions multiples, le changement de vie avait suffi. Dès la première entrevue à l'Hôtel-Dieu, on a parlé devant l'enfant de l'enfermer dans une maison spéciale si ses tics persistaient. La crainte de cette mesure sévère a suffi pour qu'il se surveille spontanément, au point que depuis 8 jours, il n'a plus un seul tic.

Devant cet état de choses, il a paru superflu de faire prolonger le séjour à Paris : on pouvait attendre, pour prendre une mesure d'isolement, qu'une nouvelle crise reparaisse, si tant est qu'elle dût se reproduire.

L'enfant devra modifier des habitudes fâcheuses, comme de veiller trop tard, sous prétexte de se distraire en jouant aux cartes. Il doit se coucher tôt, se lever tard, rester au lit douze heures au moins, et si les mouvements nerveux reparaissent, se mettre au lit dans la journée, deux, trois, quatre heures, au besoin même la journée entière.

Il devra retourner à l'école, le travail ne pouvant que lui être profitable. L'instituteur devra le réprimander et même le punir s'il fait mine de tiquer, ou de murmurer, tout bas ou de cracher sans cesse.

REMARQUES. — Dans les cas de ce genre, les meilleurs médecins sont les parents, pourvu qu'ils aient la fermeté nécessaire. Il faut leur démontrer qu'ils n'ont rien à redouter et tout à gagner au contraire, s'ils se montrent attentifs à réprimer les caprices, quels qu'ils soient, de leurs enfants. Ils doivent les réprimander à chaque nouveau tic ou à chaque velléité de tiquer, et les menacer d'une mesure de rigueur qui joue souvent un rôle d'épouvantail très précieux.

Si les parents veulent bien comprendre la nécessité d'une telle discipline et s'ils l'appliquent sans rigueur excessive, mais avec une fermeté constante, on peut espérer vraiment une amélioration et même une guérison. Sinon, l'enfant est menacé de voir ses tics s'accroître en nombre et en intensité.

Il faut commencer à lutter de très bonne heure. La discipline

psycho-motrice appliquée avec succès contre les tics limités et persistants, doit être souvent précédée d'une tentative de correction faite par l'entourage familial. Si les parents ne réussissent pas, soit par faiblesse, soit par ignorance, alors il est indispensable d'éloigner l'enfant de ses parents et de le mettre dans une maison d'éducation spéciale.

Enfin il faut recommander aux malades d'envoyer au moins tous les mois un bulletin de santé.

Chez notre petit malade, ces prescriptions ont été observées avec le plus grand soin et voici les extraits des bulletins transmis par lui-même ou par ses parents.

2 février 1904. L'enfant écrit que sa santé est bien meilleure, qu'il va régulièrement à l'école et que le travail ne le fatigue pas.

7 mars. « Ma santé est toujours bonne, je vais tous les jours à l'école. »

5 avril. Mêmes constatations.

11 juin. L'enfant a eu quelques jours de malaises, perte d'appétit, mais il va beaucoup mieux actuellement.

3 janvier 1905. Lettre du père : « la santé de mon fils est toujours bonne, il ne s'est jamais senti de rien. »

Observation VII (H. MEIGE, *Journ. für Psycho. u. Neuro.*,
Bd. II, 1903. Leipzig, p. 56).

13 octobre 1902. — Enfant de 10 ans, israélite, roux.

Mère nerveuse, deux frères bien portants, une sœur morte à 13 mois d'une méningite tuberculeuse. Le petit malade a eu des convulsions dans l'enfance et presque toutes les maladies contagieuses du jeune âge. Enfin, il a toujours été nerveux.

Vers l'âge de 7 à 8 ans, on a remarqué qu'il avait des mouvements convulsifs du visage. D'abord des clignements des paupières. Ces accidents auraient débuté pendant un séjour que l'enfant fit au bord de la mer ; des grains de sable seraient entrés dans ses

yeux ; il aurait eu, peu de temps après, une conjonctivite, et c'est de cette époque, que date son habitude de cligner les paupières.

Il eut ensuite des mouvements convulsifs des lèvres ; depuis quelque temps, il hoche la tête, soulève ses épaules et agite un peu ses bras. Enfin, il fait parfois un petit bruit avec sa gorge.

Le tic de hochement de tête n'est guère ici qu'une habitude mimique intempestive. L'enfant s'est accoutumé à hocher la tête chaque fois qu'il commence une phrase, quelle qu'elle soit : même lorsqu'il dit « non », il fait avec la tête un geste d'affirmation.

Les tics des épaules sont provoqués par le contact des vêtements sur la peau. Le petit malade est cependant vêtu comme il convient d'habiller les enfants de son âge, et les prédisposés aux tics tout spécialement, c'est-à-dire, avec des vêtements amples, les emmanchures très larges et le col très mou. Ce n'est pas l'étroitesse des vêtements qui a pu provoquer les mouvements des épaules. Mais l'enfant raconte lui-même qu'en été, lorsqu'il a chaud, et lorsque son gilet de flanelle trempé de sueur vient à coller sur ses épaules, il a pris l'habitude d'agiter celles-ci pour en détacher le gilet, habitude qu'il a conservée, même en hiver, lorsqu'il n'est pas en sueur.

Il existe aussi un tic d'élévation du pavillon de l'oreille gauche, apparent surtout pendant la parole, tic dont le malade ignorait l'existence, et qu'il a suffi de lui signaler pour qu'il s'en corrigeât.

Outre le *tic de clignotement* des paupières, qui est un mouvement convulsif intermittent, un tic clonique, le petit malade présente une attitude permanente des paupières que nous avons déjà signalée plusieurs fois. C'est un *tic tonique de clignement*, contraction tonique permanente des muscles orbiculaires qui rétrécit la fente palpébrale et donne parfois à la physionomie un aspect somnolent.

Les parents ont parfaitement constaté que depuis 2 ou 3 ans l'expression du regard de l'enfant avait changé du fait de cette habitude de tenir ses paupières demi-closes. Ces contractions permanentes donnent ici au visage une apparence souriante, même lorsque le sujet n'a aucune occasion d'être joyeux ; le clignement des paupières et les rides qui se forment aux angles externes des yeux rappellent l'acte physionomique caractéristique du rire franc.

L'enfant est d'ailleurs volontiers rieur. Il est surtout d'une extrême mobilité, reste très difficilement tranquille sur sa chaise et s'agite beaucoup en parlant ; mais il est parfaitement capable de conserver l'immobilité la plus absolue aussi longtemps qu'on le désire ; il suffit de lui en intimider l'ordre et il l'exécute ponctuellement.

C'est un petit bavard ; il parle avec volubilité, mais il sait aussi s'imposer le silence ; en classe il a toujours d'excellentes notes de conduite.

Voici dans quelles circonstances ces tics se produisent. Il dit lui-même très nettement : « C'est surtout lorsque je ne fais pas attention à m'observer, que je tique ; je peux toujours, si je m'y applique, m'empêcher de tiquer ». Dans sa famille, aux repas surtout, ces tics sont très fréquents. En classe, quand on l'interroge, il ne tique pas ; mais il tique souvent quand il écrit vite et lorsqu'il fait une lecture qui le passionne.

Si on lui fait une observation, il cesse quelque temps de tiquer ; il lui est arrivé de rester pendant quelques heures complètement calme pour obtenir une récompense qu'on lui avait promise, s'il arrivait à ce résultat ; une fois même la promesse d'une « canne à pêche » a suffi pour qu'il restât un jour entier sans tiquer.

Lorsqu'il est fatigué physiquement, ou par un excès de travail, ses tics augmentent toujours.

Devant le médecin, ses tics sont très peu fréquents et il dit qu'il en est ainsi parce que sa présence lui rappelle qu'il doit penser à se maîtriser.

Cet enfant est d'une intelligence très vive, avide de s'instruire, curieux de toutes choses, cependant d'une légèreté d'esprit audessous de son âge ; il n'est pas capable d'une volonté bien soutenue ; mais son amour-propre est très vif.

Il est imaginaire ; sa mémoire est excellente. Il est assez satisfait de lui, et volontiers fait son éloge et se vante de prouesses souvent amplifiées.

Il n'a pas de petites manies bien caractérisées.

Mais il est peureux ; il ne peut rester le soir seul dans une chambre pour s'endormir, il faut que quelqu'un soit près de lui ; il

raconte qu'il se réveille souvent la nuit, effrayé, croyant entendre causer près de lui. En réalité, il ne s'agit que d'une habitude détestable. Cette peur est la conséquence d'une conversation entendue par l'enfant dans l'entourage domestique. Une histoire de cambriolage d'une villa voisine de celle qu'il habite à la campagne a été racontée devant lui par une femme de chambre avec un grand luxe de détails terrifiants ; depuis lors, l'enfant est toujours effrayé par ce souvenir, au moment de s'endormir.

Le traitement a commencé le 13 octobre 1902.

Le jeune malade est extrêmement attentif et suit avec beaucoup d'assiduité les indications qui lui sont données ; il met de l'amour-propre à bien exécuter les exercices qui lui sont prescrits ; il les répète à domicile devant un miroir, et chaque fois qu'il est possible sous la surveillance de sa mère. Celle-ci certifie l'attention qu'il a mise à se surveiller.

Séances d'immobilité progressive ; exercices des paupières et du globe oculaire, exercices des lèvres, de la tête, des épaules et des bras ; exercices respiratoires sont conseillés et doivent être répétés régulièrement deux fois par jour, à heures fixes.

22 octobre — Un mieux notable s'est déjà manifesté : l'enfant a pu rester pendant plusieurs repas sans tiquer ; en outre, le tic tonique de clignement tend à s'atténuer : les yeux sont plus ouverts et le changement qui en résulte, dans l'expression de la physionomie, a frappé des personnes qui ignoraient que l'enfant suivit un traitement approprié ; on lui a retrouvé le regard qu'il avait avant l'apparition de ses tics.

Les conseils n'ont pas seulement porté sur la correction des mauvaises habitudes motrices. On s'est attaché à débarrasser l'enfant de la peur excessive qu'il avait de rester seul au moment de s'endormir, en lui expliquant, d'une part, l'absurdité de sa crainte, en stimulant, d'autre part, son amour-propre, en lui demandant de montrer à tous qu'il était capable de surmonter une appréhension ridicule. Enfin, en lui promettant des récompenses, on a obtenu ce que n'avaient pu obtenir les parents, ni par prières, ni par corrections. L'enfant s'endort désormais seul et reste même isolé le soir à un étage différent de celui où se trouvent ses parents.

Il est très fier de cette victoire sur lui-même. Ce résultat a son importance, car l'entraînement à prendre de bonnes habitudes, quelles qu'elles soient, a toujours un retentissement favorable à la correction des mauvaises habitudes motrices.

19 novembre. — Au bout de 15 jours de traitement, tous les tics avaient complètement disparu, ainsi que la peur de se coucher seul.

Depuis plus de 15 jours, l'enfant n'a pas fait un mouvement nerveux.

Depuis la guérison s'est maintenue.

« Cette peur, aussi bien que ces tics, auraient pu être supprimés beaucoup plus tôt par les parents ; mais l'enfant est gâté, il est le dernier né, ses premières années ont été malades, on a toujours craint pour sa santé, on l'a vu très nerveux, très sensible à toutes les réprimandes, à toutes les contrariétés ; on a craint d'exagérer son nervosisme en multipliant les observations. Ce fut une faute.

» Assurément, avec les enfants de ce genre, il est de toute nécessité d'employer une extrême douceur dans les moyens de correction ; mais sans les brusquer, on peut beaucoup obtenir en stimulant leur attention et leur amour propre. Les parents ne doivent pas l'ignorer, et lorsqu'on est appelé à soigner un jeune tiqueur, c'est autant à son entourage qu'à lui-même qu'on doit donner les conseils et les avertissements.

» Il ne faut pas craindre de dire devant les parents et les enfants, les inconvénients qu'il y a à négliger la correction des tics ; il est bon de leur faire comprendre la gravité que peut prendre l'affection, si le malade n'est pas soigneusement surveillé, et le plus tôt possible.

» Souvent la peur du tic est le commencement de sa guérison.

» Faut-il considérer cette guérison comme définitive ; et le petit malade est-il désormais à l'abri de toute reprise de ses tics ?

» On doit toujours être réservé à l'égard du pronostic, car les rechutes sont fréquentes en pareils cas. Il n'y a peut-être pas une observation prolongée de tiqueur dans laquelle on ne puisse retrouver à des intervalles plus ou moins lointains des rechutes plus ou moins longues ; celles-ci coïncident généralement avec une

période de fatigue physique ou intellectuelle, ou parfois de petites infections (maladies saisonnières, grippe, simple rhume), parfois aussi, chez des sujets plus âgés, avec des préoccupations. Un fait digne de remarque, c'est que les grandes émotions brusques, très violentes, semblent être plus rarement l'occasion de ces rechutes que les soucis, les tracas, les préoccupations d'affaires, les chagrins concentrés que l'on s'efforce de dissimuler.

» Un de nos malades âgé de 42 ans, a eu plusieurs crises de tics qui, toutes, ont été nettement provoquées par des préoccupations d'affaires ; par contre, cet homme a eu dans sa vie un chagrin cruel et subit, la perte d'une fille de 10 ans, morte de la façon la plus imprévue ; cette émotion soudaine et violente n'a pourtant pas été suivie d'une reprise de tics ; tandis que chaque nouvelle complication d'affaires nécessitant un « ruminage » intellectuel prolongé et caché, détermine régulièrement une rechute.

» Pour en revenir à notre petit malade, on peut dire que, malgré sa guérison, il reste un candidat aux tics. Ce succès actuel n'en est pas moins important, car, jusqu'à ce jour, toutes les médications employées étaient restées inefficaces. Mais ce qui doit être considéré comme un bénéfice définitif, c'est l'expérience acquise par cet enfant, de la possibilité de se débarrasser de ses tics, grâce à une surveillance attentive et en recourant aux exercices prescrits.

» Ce n'est pas une chose négligeable, en effet, que de savoir que l'on a entre les mains le moyen de se guérir. Le plus grand service que nous puissions rendre aux tiqueurs, c'est de leur apprendre comment naît leur maladie, comment elle se développe et comment ils peuvent la déraciner. L'œuvre du médecin n'est donc pas uniquement celle d'un rééducateur, mais bien surtout celle d'un *éducateur* ; et cette éducation ne doit pas s'adresser seulement aux malades, lorsqu'il s'agit d'enfants, il faut aussi instruire et discipliner leur entourage. C'est en montrant aux parents comment on doit s'y prendre pour corriger une habitude vicieuse, quelle qu'elle soit, qu'on leur donne le moyen d'appliquer aux enfants la meilleure des thérapeutiques.

» Pour le petit malade dont je parlais, on s'est évertué à expliquer clairement et simplement devant lui et devant sa mère, la néces-

sité de la surveillance des actes moteurs. Et l'on a surtout insisté pour bien leur faire comprendre que les avertissements, les conseils et même les réprimandes qui s'adressaient aux tics, ne devaient pas être considérés comme des gronderies et des reproches, mais bien comme des moyens médicaux destinés à guérir la maladie au même titre que des pilules ou des potions.

» N'oublions pas enfin que le tic est une « maladie d'habitude » survenant chez des sujets à volonté capricieuse et instable. Nous devons porter autant d'attention au redressement de ces volontés mal équilibrées qu'à la correction des troubles moteurs. »

Ces deux dernières observations nous semblent être une preuve des bons résultats de l'emploi de la discipline psycho-motrice chez les tiqueurs âgés de plus de 10 ans. On y voit aussi l'influence incontestable qu'exercent sur les jeunes sujets, d'une part le changement de vie, de pays, d'autre part la menace d'une mesure de rigueur, telle que l'éloignement du milieu familial et même l'entrée dans une maison de surveillance spéciale. Et il faut bien le dire, cette perspective n'agit pas seulement en stimulant les effets correcteurs de l'enfant ; les parents eux aussi, alarmés à la pensée de se séparer de ce dernier, mettent tous leurs soins, toute leur vigilance à le surveiller attentivement ; il ne faut jamais hésiter à menacer les parents qui semblent trop faibles, de la nécessité qu'il y aura peut-être pour eux à se séparer de leurs enfants, s'ils ne font pas exécuter à la lettre les recommandations prescrites.

*
* *

Il faut attribuer, dans la thérapeutique des tics, une place importante à la correction d'un certain nombre

de troubles fonctionnels, respiratoires, élocutoires, digestifs, etc., qui sont intimement liés aux « mouvements nerveux » chez le jeune tiqueur.

Voici, à cet égard, deux observations empruntées à MM. H. Meige et E. Feindel (1).

Observations VIII

Suzanne B. . . , fillette de 8 ans, est venue à la consultation de M. le P^r Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, le 21 mars 1904.

Elle est atteinte de tics multiples, qui ont débuté il y a un mois environ. Aucun détail à relever dans les antécédents. L'enfant est de bonne santé. Elle est intelligente, travailleuse ; et même, elle se préoccupe avec trop d'ardeur de gagner des « bons points » ou des « croix » à sa pension.

Ses tics ont apparu sans qu'on puisse en trouver la cause provocatrice ; il n'y a dans l'école qu'une petite fille qui soit atteinte d'un tic (haussement d'épaule). Chez Suzanne, les mouvements nerveux ont débuté par un *froncement du nez*. Actuellement, elle présente un *clignement*, tantôt bilatéral, tantôt unilatéral droit, des paupières, avec soulèvement du coin de la bouche ; en outre, un *tic des globes oculaires* : lorsqu'elle fixe pendant un instant, son œil se déplace brusquement à droite et en haut.

A signaler aussi un *plissement du front*, quand l'enfant réfléchit ou cherche quelque chose. De plus, elle mord et suce ses lèvres (*Cheilophagie*) (2).

Aucun mouvement nerveux pendant le sommeil ; la petite fille affirme que, lorsqu'elle est dans son lit, même éveillée, elle ne tique jamais ; ce que son père confirme. Les tics sont plus fréquents le soir que le matin, et plus fréquents lorsque l'enfant est inactive que lorsqu'elle est occupée. Elle sait d'ailleurs très bien qu'elle peut

(1) H. MEIGE et FEINDEL. Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance. *Journ. de neurologie*. Bruxelles, 1904, p. 70.

(2) H. MEIGE. Tics des lèvres, cheilophagie, cheilophobie. *Congrès de Bruxelles*, août 1903.

s'empêcher de tiquer. Enfin, cette fillette *parle toujours très vite, trop vite* ; elle *bredouille* souvent.

Pendant le temps qu'ont duré l'examen et l'interrogatoire, l'enfant n'a presque pas tiqué ; si nous avons vu parfois s'esquisser un mouvement convulsif, il était réprimé aussitôt spontanément.

REMARQUES. — Il s'agit d'un cas bénin d'un tic d'enfance, la fillette pouvant et sachant maîtriser ses tics à volonté et sans effort ; les tics cessent complètement lorsqu'elle est couchée, même éveillée.

La *précipitation de la parole*, aboutissant au *bredouillement*, s'observe très souvent chez les tiqueurs. Presque tous parlent beaucoup trop vite ; certains bredouillent sans arrêt ; d'autres s'arrêtent presque net après quelques mots, semblant avoir épuisé leur provision d'idées et de vocables. C'est que les tiqueurs n'ont en quoi que ce soit une *notion exacte de la juste mesure*, et en particulier de la *vitesse*. Ils semblent pressés en toutes choses, pour marcher, pour manger, pour parler. Cette précipitation des actes moteurs, y compris ceux du langage, n'est d'ailleurs que la manifestation objective d'une disposition mentale.

Les troubles de la parole doivent toujours être signalés chez ces malades ; leur constatation très fréquente démontre clairement l'étroite parenté qui existe entre les tics et les troubles du langage, tels que le bégaiement et toutes ses variétés. Les excellents effets de la *discipline psycho-motrice* (1) dans ces deux sortes d'accidents viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

Dans le cas actuel, le traitement pouvait être réduit aux indications suivantes :

1° Rappeler l'enfant à l'ordre chaque fois qu'elle ferait un geste ou une grimace intempestifs ;

2° Se lever très tard, se coucher très tôt et garder le repos au lit le plus possible ;

3° Retirer provisoirement l'enfant de sa pension, l'envoyer à la campagne, où les prescriptions ci-dessus indiquées devaient être mises à exécution.

(1) BRISSAUD et H. MEIGE. La discipline psycho-motrice, *Congrès de Madrid*, avril 1903.

Observation IX (H. MEIGE et FEINDEL).

Alice est une fillette de 13 ans, qui présente des tics multiples.

Rien de saillant dans son hérédité. Sa mère se plaint d'être neurasthénique. Il existe une énorme différence entre la culture intellectuelle de la mère et celle du père.

Alice est venue au monde dans d'excellentes conditions, a été nourrie par sa mère : pendant la période d'allaitement, l'enfant dormait mal. Dès l'âge de 6 mois, elle a souffert de *troubles gastro-intestinaux* très fréquents (douleurs, constipation et débâcles avec fièvre élevée). A deux ans, *convulsions*, que la mère rapporte à la fois à ces troubles gastro-intestinaux et à l'éruption des grosses dents. Rougeole et coqueluche, très bénignes. Après cette dernière, à l'âge de 8 ans, furonculose prolongée : cent vingt « clous » (?) auraient évolué sur un tout petit espace de la poitrine.

Actuellement, les troubles gastro-intestinaux persistent encore, la fillette est habituellement très constipée ; à l'occasion des causes les plus banales (exercice un peu violent, refroidissement, repas copieux, une mauvaise digestion), elle éprouve un grand malaise, elle a une forte fièvre (39° à 40°), avec délire. Ces crises ne durent que quelques heures.

Elle rêve facilement, et tout haut, surtout lorsqu'elle est préoccupée par un petit incident scolaire, lorsqu'elle a été au théâtre, etc. Il lui est même arrivé plusieurs fois de se promener tout en dormant dans sa chambre.

Au point de vue intellectuel, l'enfant est bien douée ; elle vient d'avoir son certificat à l'âge de 12 ans 1/2. Si elle aime le travail, elle aime aussi le jeu. Elle a ordinairement bon caractère.

Vers l'âge de 6 ou 7 ans, de *petits tics* ont apparu. Il n'y eut assurément aucun tiqueur dans sa famille. A 10 ans, légère conjonctivite, mais les grimaces du visage existaient déjà depuis plusieurs années. Dès le début, les tics ont été nombreux et variés. Actuellement, voici ceux qu'on peut constater :

Tic des yeux. — Tic de *clignement* et tic d'*écarquillement* ; puis un tic plus compliqué, auquel participe le globe oculaire : l'enfant

ferme à demi l'œil gauche et écarquille le droit, tandis que le globe oculaire droit fait deux ou trois mouvements de rotation avec une grande rapidité.

Enfin, il existe un *léger strabisme convergent*, transitoire, dans les moments où la fillette regarde bien en face.

Tic de la bouche. — L'enfant ouvre brusquement la bouche et la referme non moins brusquement ; c'est une sorte de *happement*.

Tic du nez. — Elle relève brusquement les ailes du nez, symétriquement.

Tic du front. — Elle plisse son front et déplace son cuir chevelu par des mouvements rapides d'arrière en avant et d'avant en arrière.

Tic phonatoire. — Un petit bruit de gorge « *gue, gue* », plus fréquent depuis quelque temps.

Tic de l'épaule. — *Haussement clonique* de l'épaule droite, ou élévation permanente de cette épaule (*haussement tonique*).

Tic du bras. — Quelques mouvements convulsifs du bras droit, mal systématisés.

Pas de tics des jambes, pas de tics de la marche.

Tous ces « mouvements nerveux » sont *variables* dans leur fréquence et dans leur intensité. Ils sont surtout apparents lorsque l'enfant est très attentive, lorsqu'elle est dans une réunion, ou au théâtre, lorsqu'elle est préoccupée.

Quelques menues *phobies*. Elle a grand peur des araignées. Elle regarde sous son lit avant de se coucher, ferme à clef pour la nuit la porte de sa chambre, bien que celle-ci communique avec celle de ses parents ; mais tout ceci n'est pas constant.

Elle a aussi de petites *manies* : certains actes sont répétés plusieurs fois de suite : tousser, se moucher et surtout dire « bonsoir », ce qu'elle fait avec volubilité, « vingt fois de suite », dit sa mère, jusqu'à ce qu'elle ait impatienté ses parents, qui lui imposent silence ; d'ailleurs elle ne résiste pas, et va tranquillement se coucher.

Les parents sont venus l'an dernier nous demander quelques conseils au moment des vacances de leur fille, quelques jours avant de l'emmener à la campagne.

Le temps manquant pour instituer une discipline psychomotrice

régulière, que la bénignité du cas ne semblait pas, d'ailleurs, impérieusement commander, on se contenta de prescrire quelques exercices méthodiques à exécuter chaque jour devant le miroir. Mise devant une glace, l'enfant convint avec quelque humiliation que ses grimaces la rendaient fort laide, et elle promit de s'observer. Cette petite gymnastique, surveillée par les parents et un séjour hygiénique au grand air, exempt de toute préoccupation de travail et d'école, suffirent pour amener une très grande amélioration.

Au bout d'un mois et demi, l'enfant restait plusieurs jours sans tiquer. Deux mois plus tard, l'amélioration se maintenait encore.

Ces observations nous font voir toute une série de tics de l'enfance et les moyens de traitement qu'on peut leur opposer.

Pour les tics respiratoires, l'*atmothérapie* de Pitres et Cruchet (1) peut donner de bons résultats. Elle consiste à faire exécuter des mouvements respiratoires isolés, puis combinés avec des mouvements des bras, de la tête et du tronc. On pourra combiner avec profit ces exercices avec le contrôle par le miroir de M. H. Meige.

Quant aux habitudes de gloutonnerie elles exigent que la surveillance exercée sur l'enfant ne se relâche pas d'une minute.

A table, il faudra l'obliger à mastiquer avec soin et lui imposer un temps déterminé pour l'absorption de chacun des plats, l'empêcher de boire d'un seul trait plus de la moitié de son verre, le contenir dans ses préférences et l'habituer peu à peu aux mets qu'il n'aime pas. On veillera à la régularité des repas et à ce qu'il ne soit rien

(1) PITRES. Tics convulsifs généralisés traités par la gymnastique respiratoire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 février 1901. — CRUCHET, thèse 1902. — PITRES ET CRUCHET. *Congrès de Grenoble*, 1902.

pris dans l'intervalle, en un mot, on ne devra lui passer aucun caprice alimentaire.

Mais la surveillance de l'enfant ne doit pas cesser au sortir de la table.

La *parole*, la *marche*, les *fonctions excrétoires*, doivent être aussi l'objet de toute l'attention familiale.

C'est ainsi qu'on ne devra jamais permettre à l'enfant de parler trop vite, sans suite, de zézayer, de bredouiller, etc.; au contraire, il faudra l'obliger à parler lentement : la *lenteur dans la parole* constitue l'élément essentiel du traitement des troubles du langage. Toutes ses grimaces devront être rigoureusement réprimées.

Un jeune tiqueur ne devrait pas marcher seul, s'il a des incorrections de la marche; quelqu'un devrait toujours l'accompagner, qui l'empêcherait d'accélérer son allure, de faire avec ses jambes des mouvements intempestifs.

En ce qui concerne les fonctions excrétoires, le rôle de surveillant peut sembler plus délicat; mais il s'agit d'enfants, il faut être très sévère à cet égard et veiller à ce que le malade ait des selles régulières, aux mêmes heures, exiger qu'il se présente à la garde-robe et qu'il y reste un temps suffisant.

*
* *

Enfin, voici un cas de tic beaucoup plus grave, — heureusement ils sont assez rares, — où ni l'alitement, ni la discipline psycho-motrice ne sont des moyens thérapeutiques suffisants.

Observation X [Inédite . — Communiquée par M. H. MEIGE.

Jules B..., garçon de 14 ans, est venu à la consultation de M. le Pr Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, le 20 février 1905. Il est atteint de tics multiples, ayant débuté vers l'âge de 6 ans et ayant augmenté constamment, tout en changeant à tout instant de forme et de siège. Le premier mouvement anormal remarqué par la mère fut le suivant : l'enfant frottait son pain contre son menton et ses lèvres, avant de le mettre dans sa bouche. Puis d'autres mouvements anormaux se sont succédés, dont voici les principaux, d'après l'interrogatoire maternel :

Avant de se mettre en marche, surtout s'il devait courir, il *sautait* cinq à six fois.

Il eut des mouvements d'inclinaison de la tête en avant, non pas brusques et saccadés, mais lents : c'étaient plutôt des tics de forme tonique : l'enfant « *raidissait son cou* ».

Il *baissait une épaule et inclinait la tête du côté opposé*, non pas par des secousses successives, mais en faisant des contractions forcées.

Sans motif et exagérément, il *frappait ses mains* l'une contre l'autre, plusieurs fois par devant et plusieurs fois par derrière, comme le font les enfants jouant à la balle.

Il *frottait* les murs avec ses avant-bras, les assiettes ou la nappe indéfiniment pour chasser les mites de pain.

Il eut toutes sortes de *cris singuliers* : des geignements, des gloussements : il imitait le bruit d'une locomotive en faisant « hou, hou », ou le bruit d'une automobile en faisant « teuf, teuf », etc.

Souvent, il *répétait le même mot* plusieurs fois, disant par exemple cinq à six fois de suite, et très vite « enfin, enfin... », mais il n'a pas d'arithmomanie.

Il eut de la *coprolalie*, et actuellement encore, il laisse échapper des mots orduriers, qui explosent brusquement. Il se rend cependant parfaitement compte de leur grossièreté et il peut, s'il se surveille, s'empêcher de les dire.

Il est *onychophage, cheilophage*. Il a des *tics de reniflement*, de *sifflement* ; il a imité tous les cris des animaux.

Il *tire la langue* et fait une *infinité de grimaces*. Un jour, dans le Métropolitain, il s'est fait sévèrement réprimander par un voyageur ; il ne cessait de lui tirer la langue. Cependant, il avait un journal à la main, mais au lieu de se cacher derrière lui pour tiquer, il tournait ostensiblement la tête vers la personne à qui son tic était spécialement adressé.

Il *frotte ses pieds* sur le sol quand il est assis et les traîne souvent en marchant.

Avec son chapeau il *frotte sa tête* et se dépeigne constamment.

Il *mange très vite, goulument*, sans mâcher, cependant il n'a pas de troubles intestinaux.

En descendant les escaliers, il lui arrive souvent de s'arrêter pour remonter 3 ou 4 marches et redescendre ensuite.

Dans la rue, pendant un temps, il montrait brusquement du doigt certaines personnes.

Bref, il a eu toutes les variétés de tics et de manies de l'enfance.

Mais il importe de remarquer que ses mouvements intempestifs n'ont pas toujours eu une allure franchement convulsive.

On ne peut pas dire non plus qu'il ait des tics franchement localisés, toujours les mêmes, se répétant avec leur caractère propre de secousses convulsives, entrecoupées de temps de repos. Ce sont souvent des gestes, bien systématisés, manifestement adaptés à un but et presque toujours à un but déplaisant et injurieux : ce ne sont encore que des espiègleries parfaitement déplacées, mais dont l'intention est franchement mauvaise.

Tous ces mouvements bizarres se reproduisent presque incessamment ; les périodes de calme ne dépassent guère un quart d'heure, elles sont variables suivant les jours. *Pendant le sommeil, au contraire, calme complet*, pas un mouvement nerveux ; l'enfant rêve assez souvent tout haut.

Il a eu aussi des mictions fréquentes comme on en observe chez les dégénérés (*tics de miction*) mais il a été propre à l'âge ordinaire.

Depuis l'approche de la puberté, les préoccupations génitales apparaissent et les gestes qu'elles provoquent tendent à se multiplier ; il déchire toutes les poches de ses pantalons. Il a été opéré, il y a quelques années, d'une adhérence préputiale.

Jamais de crises de nerf. Cependant, une fois, la nuit, alors qu'il était pensionnaire, il aurait eu une sorte de crise nerveuse. Ce ne fut peut-être qu'un rêve agité.

Il est désordonné, malpropre dans son travail et surtout sur lui-même ; il n'a pu séjourner dans les différentes places où il a été employé ; il faisait toutes sortes de mouvements intempestifs, gênant son entourage, secouant les tables et heurtant tout.

Dans la rue, il est inattentif ; on craint toujours qu'il se laisse écraser par les voitures, bien qu'il ne lui soit arrivé aucun accident.

Dans son entourage familial, il est insupportable. Il vit avec sa mère et une sœur âgée de 10 ans. La mère, très faible, lui a laissé faire toutes ses volontés ; il le sait et en abuse. Il est grossier, impertinent, violent même ; il menace à chaque instant, en paroles et par gestes, sa mère et sa jeune sœur ; s'il ne se sentait pas le plus faible, lorsque sa mère est là, il irait jusqu'aux voies de fait.

Il est voleur aussi, il a la manie de « chiper » les outils chez ses amis ; mais il n'a jamais volé dans un magasin.

Pendant l'examen médical, qui s'est reproduit trois fois de suite, à quelques jours de distance, l'enfant s'est tenu absolument calme, sans aucun mouvement nerveux, sans un geste anormal, mais on voit qu'il s'observe avec soin et qu'il se maîtrise. Il prend un air contenu, sournois, dissimulé ; on prévoit qu'une fois abandonné à lui même, il se montrera plus agité, plus capricieux et plus indiscipliné que jamais.

La santé générale a d'ailleurs toujours été excellente.

Dans son hérédité se retrouvent le déséquilibre moral et les tics. La mère est une femme faible que le père a complètement abandonnée, ce dernier avait des tics de reniflement et de toux.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est bien celle d'un tiqueur dont les tics sont tantôt de forme clonique, tantôt de forme tonique, mais ils ne sont que des épisodes secondaires dans le tableau de la *folie morale* dont ce jeune tiqueur présente tous les caractères.

Son déséquilibre moteur est manifestement commandé par son déséquilibre moral.

Chacun de ses mouvements intempestifs est dicté par l'idée de faire précisément les choses qu'il ne doit pas faire, par le désir d'être désagréable à autrui, soit par gestes, soit en paroles. Affectivité nulle, égoïsme excessif.

Tous ces phénomènes ont été en s'aggravant progressivement, la répression et la surveillance ayant été insuffisantes : ils acquièrent d'autant plus de gravité que l'enfant avance en âge, qu'il devient plus vigoureux et qu'il redoute de moins en moins les punitions, qu'il se sent capable de se défendre et même d'attaquer. Il menace de devenir dangereux pour les autres. Il est capable de commettre un acte délictueux ou même criminel à la première occasion.

En pareil cas, il est indispensable de recourir à l'*isolement absolu*, dans l'intérêt du malade et son entourage.

En conséquence, il a été conseillé à la mère de se séparer le plus tôt possible de son enfant et de le mettre sous une surveillance sévère dans un établissement spécial.

Cette observation nous montre une fois de plus, et de la manière la plus frappante, la place et l'importance prépondérante des troubles psychiques chez le tiqueur.

Au point de vue thérapeutique, elle présente un triple intérêt : c'est d'abord l'indication, en pareil cas, du traitement dans une maison spéciale par l'alitement et l'isolement.

On ne peut, en effet, songer un seul instant à faire appliquer ce traitement chez un malade difficile à maintenir. Il ne resterait même pas au lit une demi journée, et seule, l'autorité du médecin et du personnel de la maison de santé en imposera suffisamment à l'enfant, pour que, le dépaysement aidant, il se soumette à ce qu'on exige de lui.

C'est aussi la justification du traitement par le lit avec

isolement chez les jeunes sujets moins gravement atteints.

C'est enfin la démonstration évidente, pour les parents, de l'importance qui existe à ne pas négliger les tics. Ceux-ci, en effet, abandonnés à eux-mêmes, peuvent conduire à un semblable résultat et entraîner à un internement toujours désagréable en soi, et aussi par les interprétations auxquelles il donne lieu dans le public.

*
* *

Les observations et les remarques que nous venons de présenter vont nous permettre de résumer succinctement, et comme il suit, le traitement des tics chez l'enfant.

Depuis l'âge de leur apparition jusqu'à 9 et 10 ans, on devra employer uniquement *le repos au lit avec isolement*, en se conformant aux recommandations faites à propos de la chorée pour le même traitement.

Si, cependant, après trois semaines, les tics n'ont pas diminué très sensiblement, il faudra appliquer la discipline psycho-motrice, tout en continuant *le repos étendu*.

Passé l'âge de 10 ans, c'est à celle-là qu'il faudra s'adresser d'emblée ; mais, dans son exécution, elle devra se plier avec une grande souplesse aux différentes indications résultant des formes variées que l'on rencontre.

Ce sera une discipline des habitudes, de la respiration, de la parole et des fonctions viscérales autant que des mouvements proprement dits.

Ceci encore, c'est de la discipline psycho-motrice ; car elle n'est pas seulement applicable aux troubles convulsifs des muscles de la vie de relation, elle peut agir sur ceux de la vie végétative.

L'existence de nouvelles bonnes habitudes fonctionnelles normales retentira heureusement sur tout l'organisme.

Mais, là encore, nous croyons qu'il sera bon de la faire précéder de *quelques jours de repos au lit* et, pendant toute la période de traitement, de faire faire du *repos étendu* (se lever tard, se coucher tôt, se reposer allongé deux heures dans la journée).

Et, répétons-le encore, le succès de ce traitement dépend en grande partie du rôle que jouera l'entourage de l'enfant pour assurer sa bonne exécution. De même que la désharmonie du ménage est dans bien des cas une des causes les plus favorables au développement des tics de l'enfance (1), de même cette désharmonie nuira au traitement, quand il ne le rendra pas impossible.

Il faut, en effet, si l'on veut obtenir de bons et de rapides résultats, que le traitement indiqué soit suivi avec une extrême rigueur et une grande régularité.

On conçoit que l'enfant trouve peu agréable d'avoir à se plier à une discipline qui ne lui est pas coutumière, d'autant plus que les petits tiqueurs sont toujours des enfants gâtés, et qu'il essaie de s'y dérober de mille façons, d'attendrir sa mère et de s'en faire une alliée, qui, sous des prétextes variés, laissera remettre au lendemain les prescriptions les plus désagréables. Si l'enfant ne trouve pas cet allié auprès de sa mère, il le cherchera, et aura une grande chance de le trouver, auprès de ses grands-parents ou d'autres familiers de son entourage.

Quel résultat peut-on espérer obtenir d'un traitement

(1) H. MEIGE et FEINDEL. *Remarques cliniques sur les tics de l'enfance*, p. 7.

suivi à la lettre en présence du père, mais aussitôt relâché ou même abandonné dès que celui-ci aura le dos tourné !

Il faut insister sur ce point. Le médecin doit veiller à ce que les parents soient des auxiliaires bien convaincus que le traitement ne sera fructueux que s'il est exécuté ponctuellement.

Enfin, les cas les plus graves des tics de l'enfance, ceux qui s'accompagnent d'une véritable folie morale, ne reconnaîtront d'autre traitement efficace que *l'isolement avec repos au lit dans une maison spéciale*.

A ces indications de premier ordre il faut en ajouter d'autres concernant la santé générale des jeunes tiqueurs. Il ne faut pas oublier que ceux-ci, comme les jeunes choréiques, sont souvent de petits dégénérés, mal développés et anémiés.

Tout de suite une question se pose, qui revient souvent dans la pratique courante : *doit-on conseiller à un petit tiqueur le séjour au bord de la mer ?* Le conseiller ? Non ; mais le défendre systématiquement ? C'est peut-être excessif. De l'avis de M. H. Meige (1), il en est des enfants comme des adultes : certains supportent admirablement l'air marin et même en bénéficient dans une large mesure ; d'autres, d'ailleurs beaucoup plus rares, en sont plus ou moins incommodés ; mais qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, qu'ils soient tiqueurs ou non, il est impossible, *à priori*, de prévoir l'effet produit par le séjour au bord de la mer.

C'est une question de susceptibilité individuelle ou,

(1) Communicat. orale.

comme on dit encore, d'idiosyncrasie. L'expérience seule peut renseigner à cet égard le médecin comme les parents et il n'est pas interdit de la tenter.

Ce qui importe, c'est de ménager la transition entre l'air confiné, la vie sédentaire des villes et l'air vif, le grand soleil, les jeux brusques et violents de la plage.

C'est en effet surtout cette brusque transition, qui cause assez souvent chez les jeunes enfants, tiqueurs ou non, transportés du jour au lendemain de la ville à la mer, toute une série de petits malaises, parfois des poussées fébriles, de l'insomnie, de l'agitation. Evidemment les petits tiqueurs sont plus exposés que les autres à un redoublement de nervosisme en pareil cas. Mais en prenant soin de graduer leurs jeux, de limiter leurs ébats pendant les premiers jours, l'accoutumance s'acquiert rapidement, — exception faite, comme nous l'avons dit, pour certaines prédispositions individuelles, — on évite de la sorte toute exagération de phénomènes nerveux.

Il faut, bien entendu, défendre les bains de mer pendant les premiers jours, mais au bout de cinq à six jours, des bains de courte durée (une 1/2 minute à 1 minute au plus), les jours de forte chaleur, peuvent être tentés sans danger, quitte à les suspendre si l'on s'aperçoit que l'enfant en est incommodé.

Pourquoi priver un enfant chétif des bienfaits que lui procurerait un mois passé loin de la ville, au frais, au milieu d'une vie nouvelle, calme, hygiénique ? Le repos étendu conseillé à nos petits malades peut être fait agréablement et utilement au bord de la mer et il sera bon de couper la matinée et la soirée de chaque fois deux heures de repos étendu au grand air.

En résumé, le séjour au bord de la mer, compris de la sorte, peut non seulement n'être pas préjudiciable, mais rendre des services aux jeunes tiqueurs, ainsi qu'aux petits choréiques.

Ce qu'on peut affirmer en toute certitude, c'est que le séjour au grand air, dans la montagne ou à la campagne, doit être recommandé. Il faut à ces petits malades de longues vacances reposantes. Pas d'exercices trop violents, pas de jeux excitants, jamais de surmenage physique, comme aussi jamais de surmenage intellectuel. Des distractions calmes, des exercices modérés, une vie simple, aussi « végétative » que possible.

Enfin, nous l'avons dit, les traitements médicamenteux sont pour le moins superflus chez les enfants tiqueurs. Aucun de ces traitements ne paraît avoir d'action efficace sur les phénomènes nerveux proprement dits, mais ceci ne veut pas dire qu'il faille systématiquement repousser toute médication qui pourrait être commandée par l'état général ou l'apparition d'une maladie surajoutée.

En ce qui regarde l'état général, tout ce qui a été dit des jeunes choréiques, pour les médicaments comme pour l'hydrothérapie, est également applicable aux jeunes tiqueurs et l'on peut en particulier recourir avec profit à la médication arsenicale et surtout ferrugineuse chez les sujets anémiés.

Des procédés analogues à la méthode de M. Brissaud ont été mis en usage en Allemagne, en particulier par le Prof^r Oppenheim. Celui-ci a consacré une notice à ce qu'il appelle la « Uebungstherapie ». « J'ai décrit, dit le Prof^r Oppenheim ce procédé thérapeutique indépendam-

ment de Brissaud, — dont la première publication est certainement parue avant la mienne — et de H. Meige et Feindel. Nos expériences et nos opinions se superposent sur presque tous les points. Les miennes cependant contiennent une particularité importante qui n'a pas été mentionnée par ces auteurs : l'exercice de la suppression des mouvements réflexes ou de défense, ou des mouvements émotifs. Par exemple, je dirige vivement un instrument pointu vers les yeux du patient et je l'oblige à réprimer le réflexe palpébral. De même, je l'exerce à combattre le réflexe nasal, les mouvements de défense d'origine douloureuse ou ceux que provoque le chatouillement, etc., et ainsi je fortifie son appareil d'arrêt (1) ».

« Une telle concordance dans la conception et la pratique, dit à ce propos M. H. Meige, témoigne suffisamment de la valeur d'un traitement dont les bons résultats sont devenus depuis inattaquables. aussi ne pouvons-nous que nous féliciter de cet accord » (2).

(1) OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1903, p. 1276.

(2) H. MEIGE. *Journ. für Psycho. u. Neuro.* Bd. II, p. 6. Leipzig, 1903.

CONCLUSIONS

1° — Deux modes de traitement sont particulièrement efficaces contre les chorées et les tics de l'enfance :

- A) L'ALITEMENT ET L'ISOLEMENT ;
- B) LA DISCIPLINE PSYCHO-MOTRICE ;

2° — L'*alitement* et l'*isolement* sont surtout recommandables pour les jeunes *choréïques*.

La *discipline psycho-motrice* convient plus spécialement aux jeunes *tiqueurs*.

Mais, chez les uns comme chez les autres, l'*alternance* ou la *combinaison* de ces deux *procédés thérapeutiques* représente la *méthode de choix*.

3° L'ALITEMENT ET L'ISOLEMENT peuvent être pratiqués :

- I) A demeure ;
- II) Dans un *établissement spécial*.

Ces modes de traitement comportent plusieurs degrés :

- a) L'*augmentation du séjour nocturne au lit* ;
- b) L'*augmentation du séjour nocturne au lit avec alitement diurne gradué* ;
- c) L'*alitement absolu avec isolement* ;
- d) L'*alitement absolu avec isolement dans l'obscurité*.

4° — La DISCIPLINE PSYCHO-MOTRICE, applicable aux *choréïques* comme aux *tiqueurs*, ne vise pas simplement la

disparition des « mouvements nerveux ». Elle a pour but la correction de toutes les habitudes fonctionnelles fâcheuses. C'est la *thérapeutique des mauvaises habitudes*.

5° — A ces modes de traitement essentiels, il peut être utile d'ajouter certaines médications (*hydrothérapie tiède, aérothérapie*) et, dans quelques cas, surtout pour les jeunes choréiques, l'emploi de médicaments, en particulier la *valériane*, le *fer*, l'*arsenic*, l'*antipyrine*.

Le Président de thèse,
BRISSAUD.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baginski.** Voy. **BLACHE.** *Clinique et thérapeut. infant.*, 1894.
- Bechterew.** *Revue de Psycho. et Neuro.* (en russe), 1899, n° 12.
- Blache.** *Clinique et thérapeutique infantile.* Paris, Rueff, 1894.
- Bossard.** Thèse de Paris, 577, 17 août 1901.
- Bourneville et Katz.** Guérison rapide de la chorée par le bromure de camphre. *Progrès méd.*, 16 août 1898. Anal. in *Revue neuro.*, 1898, p. 821.
- Bouchut.** Voy. **BLACHE.** *Clinique et thérapeutique infantile*, 1894.
- Bozzolo.** *Riv. crit. di clin. med.*, vol. I, n° 14. Anal. in *Jahresbericht ü. Neuro. u. Psychi.*, 1901.
- Breton.** *Etat mental dans la chorée.* Thèse de Paris, G. Steinheil, 1893.
- Brissaud.** Contre le traitement chirurgical du torticollis mental. *Revue neurologique*, 1897, p. 34.
- Tics et spasmes de la face. *Leçons sur les maladies nerveuses* (1^{re} série). 1893-94, p. 502.
- La chorée variable des dégénérés. *Leçons sur les Maladies nerveuses* (2^e série), Masson, 1899, p. 516.
- Brissaud et Meige.** La discipline psycho-motrice (*Congrès de Madrid*, 1893). *Arch. gén. de médecine*.
- Brissaud et Feindel.** Sur le traitement du torticollis mental et des tics similaires. *Journ. de neuro.*, 15 avril 1899.
- Brochu.** Un cas de chorée grave. *Bull. méd. de Québec*, avril 1900.
- Brüning.** Ueber 65 Fälle von Chorea minor aus dem Leipziger Kinderkrankenhaus. *Deutsche Aerzte Zeitg.*, n° 11, p. 241. Anal. in *Jahresbericht ü. N. u. P.*, 1902.
- Campbell Thomson.** The pathology of acuta chorea. *Brit. med. Journ.* 1899.
- Cadet de Gassicourt.** *Trait. clin. mal. enfance*, 1882.
- Carrière et Leclercq.** *Soc. de Biol.*, 25 mai 1901.
- Cazal.** Chorée grave avec état de mal. *Arch. méd. de Toulouse*, 15 sept. 1903.
- Charcot.** *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 38 ; 1888-1889, p. 114.
- Comby.** *Congr. franç. de méd.*, 3^e sess., Nancy, août 1896. An. in *Rev. neuro.*, 1896, p. 531.
- *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.* An. in *Rev. neuro.*, 1903 p. 312.
- *La Médecine moderne*, 1896.
- Le traitement de la chorée. *Le Mois thérapeutique*, 1902, p. 74.

- Comby.** *Allgemeine Wiener Ztg.*, n° 40, 1902, p. 418.
- Cruchet.** Thèse Paris, 1902.
- Fabel.** *Des principales médic. et en partie de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas de chorée de Sydenham.* Th. de Paris, 260, 20 mars 1902.
- Fedorow.** Trait. de la chorée de Sydenham par le massage. *Revue de Psycho. et neuro.* (en russe), 1897, n° 4.
- Feindel.** Le torticollis mental et son traitement. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, n° 6.
- Flatau.** Analyse de l'article de Roth, dans la *Jahresbericht ü. Neuro. u. Psychi.* 1904.
- Gianasso.** *Riforma medica*, n° 16, p. 129, 22 avril 1903.
- Gram.** *Soc. méd. Copenhague*, 26 janvier 1899.
- Guizetti.** *Jahresbericht ü. Neuro. u. Psych.*, 1902.
- Guthrie.** Trait. de la chorée rhumastism. *Med. Press. and. circ. London*, 29 mai 1901.
- Hallopeter.** The treatment of chorea by prolonged warm baths. *The Journ. of the Americ. med. asso.* XLIII, p. 2021. Anal. in *Jahresbericht ü. N. u. P.*, 1904.
- Hebar.** Thèse de Paris, 592, 7 juillet 1901.
- Hodge.** Tapeworm as a case of chorea. An. in d. *Jahresbericht ü. N. u. P.* 1902.
- Hohlfeld.** *Berlin. klinische Wochenschr.*, n° 31, p. 701. An. in d. *Jahresbericht ü. N. u. P.* 1902.
- Huyghe.** *Nord médical*, 1^{er} août 1901.
— Trait. de la chorée hystérique arythmique par l'immobilisation. *Rev. neuro.* 1903, p. 869.
- Jakowensko.** *Viestnick de meyeewski*, 1889.
- Jemma.** Gênes. *Gazetta degli Ospedati et delle cliniche*, 1^{er} décembre 1901, p. 1517.
- Joffroy.** Des Myopsychies. *Revue neuro.*, 15 avril 1902.
— Nature et traitement de la chorée. *Progrès médical*. 31 mai 1885.
— De la folie choréique. *Sem. méd.*, 25 février 1893.
- Kobrack.** Ueber rheumatische Chorea und antirheumatische Therapie. *Archiv für Kinderheil.* Bd. 36, p. 28. Anal. in d. *Jahresbericht ü. N. u. Psych.*, 1902.
- Lannois.** *Gazette hebdomadaire*, n° 32, 22 avril 1901.
— Quelques cas de chorée traités par le cacodylate de soude. *Lyon médical*, 27 janvier 1901.
- Legroux.** Voy. BLACHE. *Clinique et therap. inf.*, 1894.
- Leroux (C.).** *Traité des mal. de l'enfance* de GRANCHER et COMBY, 1903, t. IV, p. 371, 345.
— *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin-août 1891.
— L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1890.

- Mackey.** Trional in chorea. *British med. Journ.*, 21 décembre, p. 2138. Ana. in d. *Jahresbericht ũ. Neuro. u. Psych.* 1902.
- Marfan.** *Sem. méd.*, 1897, n° 20, p. 153.
- Magnan.** *Recherches sur les centres nerveux*, p. 116, 1893.
- Meige (Henry).** La correction des tics par le contrôle du miroir. *Congrès de Grenoble*, 1902. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 octobre 1902.
- Tics des lèvres, cheilophagie, cheilophobie. *Congrès de Bruxelles*, août 1903.
- Neue Beiträge zur Prognose und Behandlung des Tics. Die Psychomotorische Selbsterziehung unter Spiegelkontrolle. *Journ. für Psychö. u. Neuro.*, Band II, 1903, Leipzig, p. 56-62.
- La procession dansante d'Echternach. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Masson, 1904, p. 30.
- Tics (Monographie n° 42 de l'OEuvre médico-chirurgicale). Masson, 15 juin 1905, p. 2, 12, 36 à 39.
- Meige (H.) et E. Feindel.** *Les Tics et leur traitement*. Masson, 1902, p. 105, 129, 176, 208, 532, 534, 608.
- Traitement des Tics (méthode de Brissaud). *Presse médicale*, 15 mars 1901.
- Remarques cliniques sur les tics de l'enfance. *Journ. de neur.*, Bruxelles, 1904, p. 10.
- Merlin.** (Roubaix) *J. de clin. et thérap. infant.*, 23 décembre 1897.
- Mery.** *Bull. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*. Anal. in *Rev. neuro.*, 1903, p. 312.
- Mircoli.** *Gazzeta degli ospedali e delle cliniche*, 14 décembre 1902, p. 1489, 1^{re} février 1903, p. 139.
- Moizard.** *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris*. Anal. in *Revue neuro.*, 1903, p. 512.
- Moncorvo.** (Rio-de-Janeiro). *Bull. thérap.*, 31 mars 1892. *Acad. de Médecine*, 20 mai 1898. Anal. in *Rev. neuro.*, 1898, p. 519.
- Oddo.** Sur la local. sympt. de la chorée de Syden. *Congrès de méd. alién. et neuro.*, Marseille, 1895. Anal. in *Rev. neuro.*, 1899, p. 390.
- *Presse médicale*, 30 septembre 1899.
- Oppenheim.** *Lehrbuch der Nervenhrankheiten*. Berlin, 1905 ; Chorée, p. 1307, 1309 ; Tic, p. 1276.
- Patry.** *De la chorée variable ou polymorphe*. Thèse de Paris, 1897.
- Pereira.** *Jahresbericht*, 1902.
- Pianese.** *Riforma medica*, 14 septembre 1891.
- Pope.** Arsen in the treatment of chorea. *The Brit. med. Journ.*, n° 18. Anal. in *Jahresbericht*, 1902.
- Pitres.** Tics convulsifs généralisés traités par la gymnastique respiratoire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 février 1901.
- Pitres et Cruchet.** *Congrès de Grenoble*, 1902.
- Richon.** *Revue mens. mal. de l'enfance*, octobre 1903.

